

Sérgio Murta Maciel

**A promoção da equidade na triagem de usuários da clínica  
ortodôntica da UFJF: elementos para uma política pública  
renovada de saúde bucal**

Dissertação apresentada, como requisito parcial  
para obtenção do título de Doutor, ao Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade  
do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: George Edward Machado Kornis  
Co-orientador: Robert Willer Farinazzo Vitral

Rio de Janeiro

2003

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

**A PROMOÇÃO DA EQUIDADE NA TRIAGEM DE USUÁRIOS DA  
CLÍNICA ORTODÔNTICA DA UFJF: ELEMENTOS PARA UMA  
POLÍTICA PÚBLICA RENOVADA DE SAÚDE BUCAL**

**SÉRGIO MURTA MACIEL**

Orientador: Prof. Dr. George Edward Machado Kornis

Co-orientador: Prof. Dr. Robert Willer Farinazzo Vitral

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Políticas, Planejamento e Administração em Saúde, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro

2003

À minha amada esposa, Cristina...

Aos meus amados pais, Olegário e Célia...

exemplos respectivos  
das virtudes essenciais:  
dedicação, simplicidade  
e força...

...dedico

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. George Edward Machado Kornis, cuja participação neste momento da minha história foi inigualável. Por sua paciência, pela amizade e pela extrema atenção que destina aos seus alunos; por haver rompido os limites dos deveres de um orientador, se tornando um advogado de defesa, um entusiasta, um incentivador. E principalmente, por me haver contemplado com o que há de mais importante na gênese de uma dissertação: acreditar no orientando.

Ao Prof. Dr. Robert Willer Farinazzo Vitral, que me apresentou à vida científica e de perto acompanhou seu desenvolvimento até a co-orientação nesta dissertação. Pela imensa contribuição dada ao meu aperfeiçoamento profissional, tornando-se um misto de amigo, mestre, conselheiro e modelo a ser seguido.

À Prof.a. Maria Cristina Vasconcellos Furtado, por ter figurado na "primeira fila" dos incentivadores desde a seleção para o mestrado; e pela atuação, nos bastidores, assumindo muitas das minhas atividades na Universidade durante minha liberação parcial. E pela grande e verdadeira amizade que dedica a mim e à minha família.

À Prof.a. Dra. Isabel Cristina Leite, que não mediu esforços nos constantes momentos delicados, pela experiência e saber comigo divididos nesses meses, pela amizade que nos devota e pelo alto astral, sua marca registrada, que foi uma contribuição a mais para o trabalho.

Ao Prof. Dr. José Jonas Pereira, pela incomensurável ajuda prestada no desenrolar do trabalho.

Ao Prof. Dr. Paulo Nadanovsky, pela grande ajuda na concepção do trabalho e por haver mudado os rumos do meu Mestrado, no curso de sua disciplina.

À Prof.a. Dra. Sulamis Dain, pelo grande esforço em instalar aqui o Minter e pelas grandiosas aulas incrementadas de grandes conhecimentos que nos proporcionou.

À Prof.a. Dra. Cátia Cardoso Abdo Quintão, por em mais uma demonstração de grandeza e amizade, me haver estimulado e defendido nas difíceis fases iniciais dessa etapa.

À grande amiga Darcília Nagen, ao lado de quem trilhei todas as etapas do mestrado, por haver sido a "mãezona" presente e marcante nos mais diferentes momentos. No campo pessoal, sua amizade figura entre as melhores conquistas deste Mestrado.

Aos meus monitores do Departamento de Morfologia: Tony, Kelly, Daniel, Naiara e Marina cuja ajuda, sempre precisa, foi imprescindível durante o curso.

Ao amigo Urias Vaz, que ao lado de Darcília, formou minha "família mestrado", por me haver devotado, sempre grande e bem humorada amizade.

Aos meus irmãos, sempre solícitos, que com pequenos gestos, foram essenciais no meu sucesso profissional e na minha formação como pessoa.

À UFJF, por nos haver concedido uma oportunidade ímpar, através do convênio com o IMS.

À Teíta e aos demais funcionários do NATES, pela luta em formalizar o convênio com a UERJ, e pela grande ajuda a nós fornecida durante o Mestrado.

Aos Professores do IMS, que dividiram conosco seu saber.

Ao Departamento de Morfologia, pela minha liberação parcial.

A Deus que se manifesta, em real presença, em cada segmento de minha vida, pela família que me concedeu, pelos meus pais que brilhantemente me conduziram pelos melhores caminhos da vida, sendo modelos de vida perfeitos a serem seguidos; pela minha esposa que, em seu companheirismo e renúncia, é a grande mulher que ao meu lado enfrenta todas as batalhas. Enfim, por me haver concedido a honra de estar chegando até aqui.

## RESUMO

Procedendo-se uma análise histórica da saúde bucal no Brasil, é notória a paradoxal posição ortodontia e saúde bucal coletiva. Entretanto, devido à grande prevalência das más oclusões; à grande transformação epidemiológica por que passa a saúde bucal, com o forte declínio das cáries; e sob a referência dos princípios constitucionais de integralidade e equidade, tornou-se necessária a viabilização da incorporação dos procedimentos ortodônticos pelo setor público de saúde. Esta inclusão deve ocorrer ainda que obedecendo às limitações de cunho financeiro e ao recursos humanos cuja função é impor uma seleção prévia dos pacientes, fazendo com que somente os casos mais graves sejam tratados. Uma das sugestões neste sentido seria a utilização dos serviços prestados nas Universidades Públicas, que além de formar recursos humanos, podem abrir espaço para uma política social paralela. Eis aqui o exemplo da clínica de ortodontia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), que por ser um pólo de referência regional em atenção à saúde bucal, pode participar das ações públicas de saúde bucal. **Objetivos:** O trabalho visou conhecer o perfil dos usuários da referida clínica, para através dos achados, determinar um sistema de triagem que possa priorizar os pacientes de menor poder aquisitivo e com maior severidade de má oclusão. Assim como, sugerir uma política de saúde bucal, que pode utilizar as clínicas das Faculdades públicas na prestação de serviços preventivos, interceptativos e curativos de ortodontia, à população. **Metodologia:** Foram feitas análises estatísticas das condições bucais, econômicas e psicossociais dos usuários da clínica ortodôntica/UFJF e averiguada suas correlações, tornando, assim, evidente, o perfil desses usuários. **Conclusões:** Foi evidenciado que as más oclusões interferem na vida das pessoas no segmento social, psicológico e, razoavelmente, no biológico, o que justifica a presença desses critérios no sistema de triagem. Além disso, constatou-se que a inclusão da Ortodontia no serviço público demanda um esforço que reúne profissionais da área, professores, gestores e centros formadores de recursos humanos.

**Palavras chave:** Ortodontia, Políticas públicas de saúde bucal, condições de inclusão, clínica ortodôntica.

## SUMMARY

Proceeding a historical analysis of the buccal health in Brazil, the paradoxical position is clear: orthodontics and public buccal health. However, due to the great prevalence of the malocclusions; to the great epidemic transformation why raisin the buccal health, with the decline of the decays; and under the reference of the constitutional beginnings of integrality and equity, became necessary the public health system to incorporate the orthodontics procedures in its services. This inclusion should happen, even obeying the limitations of financial stamp and human resources limitations, that will impose a previous selection of the patients, where only the most serious cases will be treated. One of the suggestions in this sense would be the use of the services rendered in the Public Universities, through forming human resources, and opening space for a parallel social policy. One example is the orthodontic clinic of the Federal University of Juiz de Fora (UFJF). The clinic is a regional pole of reference in attention to the buccal health, and its participation in the public actions of buccal health, could be improved. **Objectives:** The work studying the users' profile of the referred clinic, aimed to determine a selection system to prioritize the treatment for patients of smaller purchasing power, and with larger severity of malocclusion. As well as, to suggest a buccal health policy, that could use the clinics of public Universities in the preventive, interceptative and curative orthodontics to the population. **Methodology:** Statistical analyses were made about the buccal, economical and psychosocial conditions of the patients in treatment in that orthodontic clinic, and was investigated the correlation among them. So, was turning evident, those users' profile. **Conclusions:** It was evidenced that the malocclusions has a bad influence in the people's quality of life, in the social, psychological, and in the biological segment, what justifies the presence of those criteria, in the selection system. The orthodontics inclusion in the public service, demand an effort that gathers: professionals of the area, teachers, managers and formation centers of human resources. **Key words:** Orthodontics, buccal health of public policy, inclusion conditions, orthodontic clinic.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACD	Atendente de Consultório Dentário
AI	<i>Aesthetic Index</i> - Índice Estético
ATM	Articulação Têmporo-Mandibular
CES	Classificação econômica e social
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
CO	Clínica Ortodôntica
COAPE	Centro de Atenção a Pacientes Especiais
CRO	Conselho Regional de Odontologia
DNSB	Divisão Nacional de Saúde Bucal
DHC	<i>Dental Health Component</i> - Componente de Saúde Bucal.
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Pública
CPO-D	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
DTM	Disfunção Têmporo-Mandibular
ESB	Equipe de saúde bucal
FIOCRUZ	Fundação Instituto Oswaldo Cruz
FO	Faculdade de Odontologia
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IODD	Impactos Odontológicos no Desempenho Diário
MPAS	Ministério de Previdência e Assistência Social
NOB	Norma Operacional Básica

OITN	<i>Orthodontic Index of Treatment Need- Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico.</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PDS	<i>Public Dental Service</i>
PAHO	<i>Pan American Health Organization</i>
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRAOD	Plano de Reorientação da Assistência Odontológica
PSF	Programa de Saúde da Família
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SASOC	<i>Social Acceptability Scale of Occlusal Conditions</i>
SESP	Serviços Especializados de Saúde Pública
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatorial
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
TPD	Técnico em Prótese Dentária
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
WHO	<i>World Health Organization</i>

## ÍNDICE DAS TABELAS

Tabela 1- Distribuição de frequência das variáveis incluídas no estudo (n=163).....	71
Tabela 2- Associação entre as variáveis: Origem do paciente e grupo etário.....	77
Tabela 3- Associação entre as variáveis: origem (ou indicação) do paciente e sua renda líquida familiar.....	81
Tabela 4- Associação entre as variáveis: disfunções orais auto-relatadas pelo paciente Pergunta 4 (ANEXO V) e determinadas pelos métodos normativos(ANEXOIV). 84	84
Tabela 5- Associação entre as variáveis: padrões de fala determinados pelos métodos normativos (ANEXO IV) e pelos auto-relatos do paciente, Pergunta 3 (ANEXO V) .....	85
Tabela 6- Correlação existente entre OITN e funções de mastigação e deglutição, atestadas pelos métodos normativos. ....	88
Tabela 7- Correlação existente entre os níveis do OITN e os padrões da fala.....	90
Tabela 8- Associação entre as disfunções articulares e o OITN. ....	92
Tabela 9- Correlação entre OITN e Pergunta 5 Anexo V: "Sua má oclusão já lhe causou algum sentimento de vergonha ou desconforto diante de outras pessoas?". ....	97
Tabela 10- Associação entre as variáveis OITN e a pergunta 6 (ANEXO V )sobre a existência de impedimento pelas más oclusões do exercício das funções sociais. 99	99
Tabela 11- Associação entre as variáveis OITN e a pergunta 7( ANEXO V) sobre a melhora nas funções sociais do paciente após o tratamento ortodôntico. ....	100
Tabela 12- Associação entre as variáveis OITN e pergunta 8 (ANEXO V) sobre o aumento na auto-estima do paciente após o tratamento ortodôntico. ....	102

**ÍNDICE DOS QUADROS**

Quadro 1- Relação ortodontista/habitante de 12 anos em alguns países. ....	36
Quadro 2- Alguns indicadores socioeconômicos de Juiz de Fora.....	57
Quadro 3- Distribuição percentual da população de Juiz de Fora de acordo com o grupo etário.....	58
Quadro 4 Pontuações referentes à classificação do OITN.....	110
Quadro 5- Pontuação referente às implicações funcionais constatadas no exame clínico. ....	111
Quadro 6 -Pontuação dos pacientes quanto à origem:.....	112
Quadro 7- Pontuação do paciente quanto à renda familiar .....	112
Quadro 8- Pontuação do paciente quanto ao impacto social das más oclusões .....	114

## SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO DO TRABALHO.....	1
2. INTRODUÇÃO.....	4
3. A ORTODONTIA E A SAÚDE BUCAL: UMA APROXIMAÇÃO CONCEITUAL.....	8
3.1. Saúde, saúde bucal, saúde coletiva partes indissociáveis de um todo. ....	8
3.2. As más oclusões dentárias na saúde bucal.....	9
3.2.1. Etiologia e epidemiologia das más oclusões.....	10
3.2.2. A perspectiva sócio - cultural da questão .....	14
3.2.3. A perspectiva psicológica da questão.....	18
3.2.4. A perspectiva biológica da questão.....	21
3.2.5. A perspectiva econômica da questão.....	24
3.3. A Ortodontia- Preventiva, interceptativa, curativa e estética .....	27
4. A ORTODONTIA E A SAÚDE BUCAL SOB UMA PERSPECTIVA HISTÓRICO-SOCIAL .....	33
4.1. A Ortodontia e a saúde pública: um olhar sobre a experiência internacional. ...	33
4.1.1. Os índices de classificação das más oclusões.....	38
4.1.2. Uma abordagem social da necessidade de tratamento ortodôntico.....	42
4.2. A evolução histórica das políticas de saúde e de saúde bucal no Brasil. Há espaço para a assistência ortodôntica?.....	45
4.3. As políticas de saúde bucal em Juiz de Fora .....	56
4.4. A experiência da Faculdade de Odontologia da UFJF no tratamento ortodôntico para a população carente.....	62
5. A ORTODONTIA E A SAÚDE BUCAL: UMA ANÁLISE EMPÍRICA DA CLÍNICA ORTODÔNTICA DA FO/UFJF.....	68
5.1 - Metodologia.....	68
5.1.1. Identificação dos dados .....	69

5.1.2. Classificação dos dados.....	69
5.2. Resultados, análise crítica dos dados e discussão.....	71
<b>6. ALGUMAS RECOMENDAÇÕES PARA A EFETIVA INCORPORAÇÃO DA ORTODONTIA COM EQUIDADE NA UFJF E NO SUS .....</b>	<b>105</b>
6.1. Sugestões de um sistema de triagem na CO/UFJF .....	105
6.1.1. Um modelo de triagem para a clínica ortodôntica .....	109
6.2. A promoção da equidade como fundamento de uma política pública de saúde bucal. A inclusão da assistência ortodôntica: sugestões para reflexão e debate. ....	116
6.2.1. A formação profissional.....	118
6.2.2. A prática pública da Odontologia.....	120
6.2.3. Sugestões de um programa de promoção de saúde bucal que envolva a Ortodontia.....	122
6.2.4. Planejando ações de saúde bucal.....	125
6.2.5. Alocação de recursos.....	129
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>131</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>133</b>
<b>9. ANEXOS.....</b>	<b>142</b>
<b>ANEXO I: Componente de Saúde Bucal (DHC) do Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico ( OITN).....</b>	<b>147</b>
<b>ANEXO II: Índice Odontológico de Desempenhos Diários (IODD).....</b>	<b>150</b>
<b>ANEXO III : Nível 3 do IODD.....</b>	<b>157</b>
<b>ANEXO IV: Ficha de Consulta - CO/FO/UFJF.....</b>	<b>158</b>
<b>ANEXO V: Questionário Psicossocial.....</b>	<b>159</b>
<b>ANEXO VI: Questionário Socioeconômico.....</b>	<b>160</b>

## 1. APRESENTAÇÃO DO TRABALHO

Devido à grande prevalência das más oclusões; à grande transformação epidemiológica por que passa a saúde bucal, com o forte declínio das cáries; e sob a referência dos princípios constitucionais de integralidade e equidade, tornou-se necessária a viabilização da incorporação dos procedimentos ortodônticos pelo setor público de saúde. Entretanto, para a implementação de tais políticas é necessário que se observe sob quais condições e para quem o tratamento ortodôntico deve ser oferecido no sistema público de saúde dada às limitações financeiras e de recursos humanos.

O presente trabalho foi concebido com a intenção de promover a equidade na triagem dos pacientes da Clínica Ortodôntica (CO) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) - em um sentido micro - e sugerir a possibilidade e viabilidade da incorporação de tais serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em um sentido macro. Essa incorporação pode passar pela utilização dos serviços de uma universidade pública.

Estruturalmente, a dissertação faz uma abordagem conceitual das más oclusões, sob diversas perspectivas, chamando a atenção para as suas implicações, nos mais diferentes setores da vida das pessoas. Assim como, aborda sob um sentido também conceitual, os diferentes braços da Ortodontia, setor da odontologia que cuida da prevenção e tratamento das oclusopatias.

Em seguida, o trabalho lança o olhar sobre um paralelo na história das políticas de saúde geral e saúde bucal no Brasil e em Juiz de Fora. Paralelo esse que emoldura o tema central: as ações de Ortodontia.

As ações de saúde voltadas para a Ortodontia e desenvolvidas na CO/UFJF suscitaram a necessidade de uma análise empírica do perfil de seus usuários. Esta foi feita sob a hipótese de que através do conhecimento das oclusopatias e das condições de vida dos pacientes que utilizam os serviços ortodônticos oferecidos pela Faculdade de Odontologia - FO/UFJF, torna-se possível sugerir a viabilidade da inclusão de

critérios de seleção para o tratamento ortodôntico com mais equidade na referida instituição e também possível será a sugestão de direcionamento das políticas de saúde que abranjam o tratamento ortodôntico no sistema público.

Este tema norteou a pesquisa, que objetivou sugerir os critérios a serem observados na triagem de pacientes para os tratamentos ortodônticos na UFJF. A dissertação também, se remeteu a sugerir a reflexão sobre programas de saúde bucal que vierem a ser implantados, destinando o tratamento ortodôntico a uma população realmente necessitada deste por motivos de função oral severamente prejudicada; por sofrer uma estigmatização social e por ser impossibilitada de arcar com os custos do tratamento.

A análise empírica se deteve em conhecer o perfil social, econômico e psicológico do paciente, usuário dos serviços prestados em Ortodontia pela FO/UFJF, através do exame das fichas clínicas, questionário psicossocial e do levantamento socioeconômico, bem como ao analisar as condições oclusais dos pacientes através dos modelos ortodônticos em gesso, com o auxílio do Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico (*Orthodontic Index of Treatment Need*) (OITN) que possibilitou, portanto, classificar as más oclusões desses pacientes de acordo com a necessidade de tratamento. Nos anexos do trabalho se encontram os modelos das fichas que constam nos arquivos da UFJF e que foram utilizadas na análise. Constam também, a descrição do método de classificação das más oclusões quanto à necessidade de tratamento, utilizado no trabalho de campo e o modelo de questionário que avalia a qualidade de vida dos pacientes odontológicos, como sugestão para integrar a triagem.

Após avaliadas as associações existentes entre esses diversos aspectos, pode-se observar as diversas facetas assumidas pelas más oclusões e assim sugerir um método para a triagem dos pacientes a serem tratados na referida clínica, que envolvesse a análise de todos os segmentos, biológicos, econômicos e psicossociais às más oclusões correlacionados, priorizando a clientela de baixa renda e os casos mais graves.

Foi possível também contribuir para o desenvolvimento de uma política de saúde bucal apta a incorporar, sob condições específicas, os serviços ortodônticos ao

modelo assistencial de saúde pública e o englobamento dos procedimentos ortodônticos às políticas públicas de saúde bucal da cidade.

O trabalho se justifica, pois no Brasil os problemas odontológicos mais comuns estão concentrados em três patologias: cáries, doenças periodontais e disfunções oclusais. Assim sendo, as más oclusões dentárias não constituem um problema irrelevante que pode ser desconsiderado na promoção de saúde da população. E, se o número de pessoas que necessitam de tratamento ortodôntico em uma sociedade é maior que os recursos disponíveis, é absolutamente necessário estabelecer uma escala de prioridades face aos recursos disponíveis. Logo, se a oferta dos serviços ortodônticos não pode ser irrestrita, os critérios de inclusão devem ser, cuidadosamente, bem estabelecidos.

As políticas públicas de saúde bucal podem envolver procedimentos preventivos e interceptativos de Ortodontia em larga escala, entretanto, em virtude dos custos, as ações curativas devem ser destinadas, principalmente, às pessoas de menor poder aquisitivo e àquelas que sofram várias seqüelas psicológicas, biológicas e mesmo uma exclusão social, devido às suas más oclusões graves ou deformantes.

A UFJF oferece um tratamento ortodôntico, que poderia ser mais direcionado ao tratamento dos casos mais graves, e à população excluída, por motivos econômicos, dos benefícios deste serviço. O estudo sobre o perfil do usuário de um serviço de Ortodontia vinculado a uma universidade pública, então, poderá contribuir para fixar as condições em que o acesso ao tratamento ortodôntico na instituição possa ser feito garantindo a equidade e a universalização, assim como no serviço de saúde financiado pelo Estado.

## 2. INTRODUÇÃO

A II Conferência Nacional de Saúde Bucal realizada em 1993 definiu saúde bucal como 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 (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 1993).

Após décadas de iniciativas em políticas públicas de saúde bucal no Brasil, a CONSTITUIÇÃO FEDERAL de 1988 finalmente previu em seu Art. 196, § Único que

"a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

O artigo suscita que dentro da saúde geral se inclua a bucal. Assim sendo, todo cidadão brasileiro, por direito constitucional, deve ter acesso irrestrito aos serviços de saúde, inclusive aos destinados à promoção de saúde bucal. E dentro desta, deveria estar incluída, a atenção ortodôntica.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera os problemas de posicionamento dentário e mal relacionamento dos ossos maxilares, as más oclusões dentárias, como sendo o terceiro problema odontológico de saúde pública no Brasil<sup>1</sup> (SILVA FILHO et al., 1990). Dentre os problemas bucais que mais afligem a população

---

<sup>1</sup> Segundo PERES et al. (1997) investigações epidemiológicas de saúde bucal em crianças de 12 anos de idade (idade preconizada pela OMS para a referida análise) mostraram um elevado índice do CPO-D de 6,7 em 1986 e de 4,9 em 1993. A meta da OMS para este índice é de 3,0.

A situação de saúde periodontal divulgada pelo Ministério da Saúde em 1986 mostrou que apenas 28,8% dos indivíduos entre 15 e 19 anos não apresentavam algum tipo de problema periodontal. Esses índices se reduziram para 5,4% aos 35-44anos e para 1,3% na faixa de 50-59 anos (MARCOS, 1998)

FRAZÃO (1996) estimou que as crianças em dentição decídua com algum tipo de má oclusão corresponderiam a uma porcentagem de 48,97 % do total de crianças. E na dentição permanente este índice subiria para 71,3%.

os mais graves e mais prevalentes são: as cáries, a doença periodontal seguida das más oclusões. Os dois primeiros são rotineiramente tratados ou prevenidos em nível de saúde pública, mas em segundo plano está a preocupação com o terceiro problema.

Segundo NADANOVSKY (2000), na década de 70 houve um grande declínio da cárie nos países desenvolvidos. Para SANTIAGO (1999), esse fato contribuiu ainda mais para que estes países intensificassem a atenção em saúde na questão das más oclusões dentárias. No Brasil o declínio da cárie teve um início mais tardio e mais limitado, mas esse declínio também poderá levar a uma futura inclusão da Ortodontia no SUS, pois as más oclusões podem assumir uma importância ainda maior em saúde bucal, com o controle daquela doença.

Países como Inglaterra, Nova Zelândia, Suécia e Finlândia oferecem em seus sistemas públicos de saúde um tratamento ortodôntico para os casos mais graves ou deformantes. O paciente é submetido a um índice classificatório que determina se há ou não a necessidade de que o tratamento seja realizado. Se há necessidade de tratamento, este é oferecido pelo Estado como benefício (RICHMOND, 1993 e JANVINEN, 2001). O critério de seleção é baseado em índices oclusais, que se referem às condições bucais do indivíduo, embora existam autores, tais como JENNY (1975), ALBINO (1984) e SHAW (1997), que defendem a introdução de fatores psicossociais relativos às más oclusões nesses processos de triagem. Portanto, tratamentos por motivos somente estéticos ou de pequenos problemas oclusais não são financiados pelos sistemas públicos de saúde daqueles países.

No Brasil o caminho a ser percorrido é longo até que se possa oferecer uma cobertura mais universal e com mais equidade no tratamento ortodôntico destinado à população. Contudo, há locais onde já se desenha ou se esboça uma prática de Ortodontia com perspectiva e possibilidade de socialização. A Clínica Escola da FO/UFJF é tida como exemplo, já que é oferecida uma assistência odontológica ampla que inclui até mesmo um tratamento ortodôntico total, que não se encontra no rol de procedimentos odontológicos básicos cobertos pelo SUS, conforme a PORTARIA n. 267 de 06 de março de 2001 do MINISTÉRIO DA SAÚDE. Essa assistência ortodôntica, com o apoio dos gestores locais e amparada por uma política renovada de

saúde bucal que faça parte do serviço municipal de saúde, pode ser direcionada a uma população carente, necessitada desses cuidados e excluída das ações sociais.

Contudo, a seleção dos pacientes para o tratamento nesta clínica é assistemática, não sendo adotado, portanto, nenhum padrão de seleção. Uma padronização seria necessária para priorizar os casos mais severos dos pacientes que mais sofrem as seqüelas funcionais e subjetivas de uma desarmonia dento-facial.

Para que a equidade no tratamento ortodôntico possa integrar as ações de saúde daquela instituição é necessário que seja criteriosa a escolha dos indivíduos que receberão o serviço. Nessa perspectiva de análise, não só os fatores biológicos, mas os psicossociais, econômicos e relacionados à gravidade da má oclusão dentária devem estar presentes nesses critérios. Deste modo, o indivíduo é visto como um todo, parte integrante e importante na sociedade onde vive, e sua doença é abordada como produto de um contexto socioeconômico que interage com o seu quadro biológico.

O futuro das políticas públicas de saúde bucal deve passar pela Ortodontia, com uma discussão de causas, conseqüências e prevenção das más oclusões. Da mesma forma, deve-se abordar uma forma de custeio total ou parcial do tratamento pelo Estado, no mínimo para o paciente mais carente e portador das condições mais graves. O princípio básico que direcionará este questionamento será: -Qual paciente deve ter seu tratamento priorizado?- Os critérios para a seleção do paciente devem ser os mais abrangentes possíveis, resultando em uma política igualitária e mais fiel aos princípios de equidade, universalidade e integralidade do SUS.

Esta seleção prévia é necessária, pois se até os países mais ricos impõem restrições quanto ao tratamento ortodôntico custeado pelos seus Sistemas Públicos de Saúde, países como o Brasil enfrentarão dificuldades de dimensões muito maiores para que haja a abrangência do referido serviço pelo Sistema Público de Saúde. A CO/UFJF, embora seja um núcleo de ensino, pode direcionar seus esforços visando contribuir para a diminuição das desigualdades sociais. Propõe-se, então, uma triagem da clientela a ser tratada na clínica, respeitando a equidade, e também uma parceria, na qual os atores serão a FO/UFJF e os representantes do sistema de saúde a nível local. Logo, o problema privilegiado na elaboração da presente Dissertação de Mestrado se remete à

sugestão desta parceria, além de sugerir quais as condições possíveis para a inclusão do paciente no tratamento, visando aumentar as chances de inserção social dos excluídos através da melhora de seu aspecto buco-facial.

O trabalho será norteado pelas seguintes questões: i) Qual é o perfil psicossocial, econômico e biológico, relativo à saúde bucal dos pacientes em tratamento na CO/FO/UFJF? ii) Qual deverá ser o perfil ideal dos pacientes beneficiados por esse serviço? iii) É possível humanizar a triagem para esse tipo de tratamento, incluindo uma análise que envolva fatores biológicos, psicológicos e sociais na seleção dos pacientes? iv) Há como se implantar no sistema público uma política de saúde bucal que inclua o tratamento ortodôntico?

A presente Dissertação de Mestrado tem como objetivos: 1) Analisar os aspectos bucais, psicossociais e econômicos dos pacientes usuários dos serviços ortodônticos prestados na instituição; 2) estabelecer as condições, sob as quais deverá ser feita a triagem para a assistência ortodôntica prestada no âmbito da UFJF; 3) chamar a atenção para a necessidade de inclusão da Ortodontia na atenção básica à saúde bucal. Assim como, estimular e sugerir maiores estudos sob a questão, para que futuramente, sob as devidas condições, o SUS adote os procedimentos ortodônticos em suas ações, colocando em prática a fundamentação constitucional.

### 3. A ORTODONTIA E A SAÚDE BUCAL: UMA APROXIMAÇÃO CONCEITUAL

#### 3.1. Saúde, saúde bucal, saúde coletiva partes indissociáveis de um todo.

O conceito de saúde é amplo e adquire conotações não somente de ausência de estados patológicos, mas de bem-estar físico, psíquico, e social. Para DUBOS (1971), os conceitos de saúde e doença não podem ser explicados em termos anatômicos, fisiológicos ou mentais; a dimensão correta é dada pela habilidade do indivíduo de adaptar suas funções de maneira aceitável para si mesmo e para o grupo do qual faz parte.

A definição de saúde bucal inclui um aspecto clínico e objetivo e um outro mais subjetivo (LEÃO et al., 1996). Clinicamente seria a ausência de afecções nos dentes e tecidos circunvizinhos. Estabelecendo-se aí, facilmente, um critério para se detectar a presença de uma doença dental. Mas, subjetivamente, esses problemas também causam efeitos nefastos nos âmbitos psicológicos e sociais afetando o bem-estar das pessoas. Sob essa ótica, saúde bucal é a satisfação plena com seus dentes e a não interferência negativa deles na vida social. A saúde bucal não pode ser enfocada, tampouco trabalhada sem ser vista como integrante de uma saúde "total" e com a visão do indivíduo como um todo.

Para definir Saúde Pública, DUBOS (1971) cita o grande cientista Virchow, que legou grande contribuição às políticas de saúde alemãs no século XIX. Para ele, as doenças legariam aos médicos a responsabilidade de executar reformas sociais que iriam trazer à tona uma sociedade de acordo com os modelos de saúde para o homem. O tratamento de um indivíduo é somente uma pequena face da medicina. O mais importante é o controle das patogenias que afligem as populações, demandando ações sociais e políticas. Tais ações em saúde bucal, devem abranger todos os seus segmentos, sem exclusão de procedimentos essenciais. NADANOVSKY et al. (1994), confirmaram esta idéia ao salientar que as políticas sociais e de saúde e as ações coletivas do

profissional, no caso o cirurgião-dentista, são muito mais eficazes no combate aos agravos de saúde que a ação profissional isolada.

A saúde bucal brasileira reflete algumas das principais características da sua sociedade: economia em crise, desigualdades sociais enormes, crescente número de pessoas em pobreza absoluta. Fato esse que leva quase 70% da população, situada nos estratos de baixa e muito baixa renda, para longe dos serviços odontológicos particulares. No Brasil, 70% do total de gastos com saúde bucal estão alocados no setor privado e apenas 30% no setor público, transformando a prática odontológica em privada e curativa (PINTO, 2000). Ressaltaremos em saúde bucal a questão do mal posicionamento dos dentes e dos maxilares. Cada vez mais a mídia enfoca o "poder do sorriso perfeito", desta forma ter dentes "bonitos" passou a ser de grande importância na concepção de estética. Na realidade, a problemática das más oclusões dentárias revela por trás de si uma infinidade de implicações biológicas e sociais mais complexas do que simples problemas estéticos. Dentre seus efeitos maléficos pode haver disfunções bucais graves e grandes deformações faciais, fazendo com que a questão mereça se tornar alvo de políticas públicas e da preocupação dos gestores, galgando a conquista de um patamar igualitário de aproximação ortodontia-saúde pública. O setor privado pode se encarregar de absorver a demanda das pessoas que buscam tratamento por motivos estéticos, enquanto os portadores de casos mais severos, e que não podem arcar com os custos do tratamento, o receberiam via sistema público.

### 3.2. As más oclusões dentárias na saúde bucal

A definição de má oclusão dentária em uma perspectiva etimológica significa uma deficiência no ato de fechar a boca e cerrar os dentes (oclusão, do grego: *occludens* = fechamento). O termo se refere, então, ao antônimo afirmativo da situação ideal: boa oclusão ou oclusão normal que define o ato de estabelecer um equilíbrio entre as arcadas dentárias (SANTIAGO, 1999). Muitos são seus sinônimos amplamente encontrados na literatura: maloclusão, oclusopatias ou má-oclusão. Sob um ponto de vista clínico, são alterações no posicionamento dos dentes e ossos maxilares, anomalias dentofaciais, no entanto, não são condições agudas que requerem um tratamento imediato e podem, ou não, predispor a outras doenças ou seqüelas.

As oclusopatias são compreendidas como problemas de crescimento e desenvolvimento que afetam os dentes e devem ser consideradas como um problema de saúde bucal pública, pois apresentam alta prevalência, provocam impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados e também a possibilidade de prevenção e tratamento (PERES et al., 2002). Por isso, as más oclusões, no âmbito da saúde coletiva, não podem ser definidas estaticamente como "problemas de posicionamento dentário". Há que se levar em conta seus reflexos psíquicos, somáticos e sociais, pois essa expressão não denota as diferentes graduações na forma com que o problema se manifesta.

### *3.2.1. Etiologia e epidemiologia das más oclusões*

As causas das más oclusões para MOYERS (1991) são inespecíficas, pois sempre se interagem, deixando que raramente um só fator a 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 dentofaciais. As cáries também podem influenciar, levando à perda precoce dos dentes decíduos.

Os hábitos de sucção não fisiológica (digital ou chupeta), um padrão respiratório bucal, fazem com que o sistema muscular atue de forma anormal sobre o tecido ósseo subjacente, redirecionando seu crescimento ou sua renovação e produzindo conseqüências drásticas sobre esse tecido. Assim sendo, ações musculares parafuncionais podem ser causadoras de distorções no padrão de crescimento crânio-facial, além de alterar o posicionamento dos dentes. O posicionamento da língua pode também influenciar na exacerbação de uma má oclusão, embora aquela não tenha força muscular suficiente para desencadeá-la (PROFFIT, 2000).

Os traumatismos e as mutilações dentárias, processos patológicos, infecciosos ou não e as formações neoplásicas geram migrações e giros dos dentes alterando sua posição correta na arcada, rompendo o equilíbrio funcional do sistema estomatognático, gerando uma má oclusão iniciada por fatores extrínsecos (ARAÚJO, 1988).

Dentre os fatores etiogênicos das más oclusões, a cárie é os mais perverso e, paradoxalmente, o fator que mais se pode prevenir. Geralmente, esse fator age mais sobre a população de baixa renda, causando perdas precoces dos dentes decíduos e de dentes permanentes (SOUZA FILHO, 2000). Quando esta perda é na dentição decídua ocorre uma erupção precoce do sucessor permanente ou o fechamento do espaço na arcada dentária destinado a ele, podendo gerar impactações ou apinhamentos dos permanentes.

Uma vez que a forma e a dimensão dos arcos dentários e o tamanho e morfologia dos dentes são concebidos geneticamente, qualquer distorção na formação dessas estruturas pode levar a uma relação anormal das arcadas dentárias. Assim aparecem discrepâncias de posição e de tamanho dessas estruturas. Para PROFFIT (2000) as más oclusões não são patogenias e sim distorções do padrão do desenvolvimento facial normal. Ele reitera, ainda, que fatores externos, ou ambientais (hábitos, nutrição, extrações) influenciam os fatores geneticamente determinados, modulando sua manifestação. Causas específicas podem, também, compor a lista dos fatores desencadeadores de problemas oclusais, incluídos aqui estão os traumatismos, os distúrbios hormonais ou do desenvolvimento embrionário que podem causar o excesso de crescimento da maxila ou mandíbula e palato fendido.

O conhecimento da etiologia das más oclusões facilitará o enfrentamento do problema que pode ser evitado ou minimizado através de um acompanhamento pelo dentista, de campanhas esclarecedoras e intervenção precoce. Uma política de saúde bucal eficaz, que leve em conta os problemas ortodônticos, deve ter como ponto de partida não só dados obtidos nos exames clínicos, mas as características socioculturais e econômicas dos indivíduos alvo dos programas, pois o ambiente em que o paciente vive, suas condições de vida, seus hábitos e o acesso prévio aos serviços odontológicos são decisivos na determinação dos padrões buco-faciais e também no direcionamento dos programas de saúde pública.

As oclusopatias, para PERES et al. (2002), são doenças das "civilizações modernas", predominantemente urbanas, pois seu desenvolvimento se correlaciona com o tipo de alimentação, mais ou menos consistente, com o padrão respiratório e com as perdas precoces dos dentes decíduos causada por cáries, doença estreitamente ligada ao

excessivo consumo de açúcar. A face perversa da modernidade com a poluição do ar e as mudanças nos hábitos alimentares com o maior consumo de açúcar e de alimentos industrializados, de certa forma, influenciou o aumento da incidência de más oclusões.

Conhecer a realidade epidemiológica de cada localidade, com suas características e peculiaridades adquiriu, a partir da municipalização da saúde, um destaque especial, pois as populações puderam ser estudadas em sua realidade e um planejamento local das ações de saúde bucal foi facilitado. Os princípios de equidade, de busca do acesso universal e a integralidade da atenção abriram um leque de possibilidades que vieram permitir que as metas de ampliar e fortalecer a atuação dos serviços em saúde fossem estabelecidas (SANTIAGO, 1999). Isso permite a abertura de novas frentes ao nível da saúde pública, exigindo mais investigações científicas, mais pesquisas, mais projetos para fortalecerem a atuação das políticas de saúde bucal.

É notória a ausência de dados epidemiológicos confiáveis quanto aos problemas de más oclusões dentárias, tanto no Brasil como em outros países e SILVA FILHO et al (1990) e TORRES et al (1985) afirmam que os percentuais de más oclusões relatados na literatura divergem consideravelmente de pesquisa para pesquisa, geralmente devido ao critério de classificação, à subjetividade adotada pelos pesquisadores e aos fatores socio econômicos. GALVÃO et al. (1994) comentam que classificar e mensurar as más oclusões é tarefa difícil, principalmente se tratando 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 uma porcentagem alta de más oclusões, raramente inferior a 50%.

As más oclusões são consideradas como um problema de saúde que ocupa o terceiro lugar em prevalência entre as enfermidades bucais; portanto, se torna preciso conhecer a quantidade de indivíduos que apresentam más oclusões e sua gravidade para que as políticas de saúde sejam orientadas nesse sentido. Permitir-se-ia, então, que fosse praticada na fase primária (prevenção), secundária (interceptação) e terciária (ortodontia curativa).

São várias as discrepâncias existentes entre diferentes pesquisas de diferentes países, mas essas informações são congruentes no que diz respeito ao

aumento da prevalência de más oclusões, à medida que se aumenta a idade dos indivíduos e o desenvolvimento da dentição. Os números altíssimos mostrados pela literatura não podem ser tomados como relevantes, pois a grande variação no conceito de má oclusão pode superestimar o valor desses números que muitas vezes não condizem com a realidade. A ausência de critérios que estabelecem pontos de corte entre oclusão aceitável e má oclusão ou a subjetividade nesta definição, faz com que o profissional possa classificar como má oclusão uma condição bucal minimamente desequilibrada, sem qualquer consequência para a saúde do indivíduo como um todo. Ressalta-se ainda que os problemas oclusais não são epidêmicos ou endêmicos em certas regiões, e sim distúrbios de desenvolvimento crânio-facial dos indivíduos.

SOUZA JÚNIOR (2000) afirmou que a alta prevalência de maloclusões nas crianças brasileiras não requer uma quantidade de tratamentos ortodônticos na mesma escala. Deveria ser dada prioridade aos pacientes que buscam o tratamento devido a um alto grau de necessidade funcional e de adaptação sócio-psicológica. Os índices de classificação são necessários e interessantes nesta seleção, uma vez que agrupam os pacientes de acordo com a necessidade de tratamento.

Segundo (PROFFIT, 1987), os estudos epidemiológicos sobre as más oclusões sofrem as diferenças, muitas vezes significativas, entre os resultados de pesquisadores distintos, mas também da correta definição do que é uma oclusão normal e uma má oclusão. SHAW (1997) ainda complementa que nos dias atuais é quase impossível de se ver uma "oclusão ideal". Nem toda variação em relação ao normal pode ser dita má oclusão e assim ser computada, contribuindo para que os índices que representam sua prevalência sejam alarmantes.

A questão dos problemas causados pelas más oclusões continua ocupando a terceira posição na escala das doenças bucais; entretanto, ainda assim é necessário que se pese o quão perniciososa é a situação, o montante de prejuízos biológicos e psicossociais que ela traz e o quanto ela influi na vida social do indivíduo. Não se pode classificar como sendo uma má oclusão, as condições de pequeno apinhamento dentário ou pequenos espaçamentos entre os dentes, dentre outras situações que não trazem qualquer prejuízo ao indivíduo. Somente as condições que desviam de uma oclusão

aceitável e que afetam realmente a saúde da pessoa é que se enquadram nessa classificação e se tornariam de interesse para a saúde pública.

### *3.2.2. A perspectiva sócio - cultural da questão*

De acordo com SPINK (1992), abordar as contribuições da psicologia social para a compreensão do processo de adoecimento e das práticas adotadas para a prevenção deste adoecer, assim como da cura ou promoção do estado de saúde, passa por um conceito psicossocial da doença. Desta forma cria-se uma nova epistemologia nas ciências como um todo, visando a reabilitação do indivíduo e sua interseção com a sociedade, abandonando a dicotomia existente entre eles.

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 (HOLLISTER et al., 1993). Uma condição oclusal prejudicada se torna deformante não quando causa só limitações funcionais (mastigação ou fala) mas quando afeta as relações sociais e causa reflexos psicológicos no paciente, na sua carreira, e na sua vida afetiva e social. É possível, então, que uma dada má oclusão não incapacite só o indivíduo, mas atinja toda a sociedade (COHEN, 1970).

O aspecto estético exerce grande influência na integração social dos indivíduo e as deformidades faciais causam mais impacto que as demais deformidades físicas. O desalinhamento dentário influencia a percepção de beleza, a identificação com o sucesso profissional e pode estar associado à aparência de inteligência (PERES et al., 2002). Os indivíduos com uma melhor aparência dental são considerados pelos seus pares mais inteligentes, além de mais bonitos, em relação às pessoas que apresentam algum tipo de problema oclusal, principalmente as faces com um posicionamento incorreto dos incisivos (BALDWIN, 1980; SHAW, 1997).

Os problemas cosméticos associados às anomalias dentofaciais representam um efeito negativo na relação interpessoal e podem evocar respostas sociais desfavoráveis. Durante a infância, as pessoas portadoras de algum tipo de má oclusão

mais severa podem ser motivo de ridicularização pelos pares e se tornarão mais tarde alvos de estigmatização na sociedade.

Entre as crianças, a percepção das desfigurações dento-faciais é extremamente relevante nos relacionamentos interpessoais, até mais do que as outras deficiências físicas. De acordo com COHEN (1970) as questões culturais são decisivas neste aspecto, pois crianças e adultos têm uma tendência maior de rejeição a problemas crânio-faciais que, por exemplo, ao uso de uma cadeira de rodas ou outras deficiências. MCGREGOR (1979) ratificou a afirmação acima e complementou que as piores deformidades são as que dizem respeito à estética facial. MONACO et al. (1997) sustentam que a Ortodontia moderna tende a assumir que as desarmonias dento-faciais influenciam mais no bem-estar das pessoas do que na sua saúde física. RUTZEN (1973) reconheceu que por mais que as pesquisas revelem as graves más oclusões como sendo fator causal evidente de estigmatização na sociedade, o tratamento ortodôntico, *per se*, não seria suficiente para reabilitar socialmente uma pessoa. Há de existir um suporte multiprofissional que ofereça o apoio psicológico e reintegrador.

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, 1981). 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. BALDWIN (1980) atribuiu esse fato à maior facilidade que pessoas com melhor aparência dento-facial detêm em influenciar às outras pessoas.

HOLLISTER et al. (1993) afirmaram que as crianças com palato fendido e lábio leporino, requeriam maiores cuidados familiares, tinham uma baixa inserção social, personalidade inibida, teriam o relacionamento amistoso com seus colegas dificultado, e enfrentariam rejeição e hostilidade. Assim também pode acontecer com os indivíduos com más oclusões gravíssimas que podem evocar respostas negativas por parte das outras pessoas. Os autores complementam que, comparado com outras partes

do corpo, os dentes com estética deficiente suscitam uma reação mais negativa, pelo fato da boca ser bastante visível, de difícil ocultação e envolvida na comunicação e interação interpessoal.

As deformidades faciais severas parecem levar as pessoas para longe do portador do problema, o que transforma sua vida social e torna seus relacionamentos afetivos difíceis de serem iniciados. Uma estética bucal desagradável afeta também as possibilidades de ascensão profissional. HOLLISTER et al. (1993) escreveram sobre uma pesquisa que confirmou a relação de proporções favoráveis existentes entre a harmonia de posição dental e a ocupação de cargos de chefia ou de maior prestígio em empresas.

SHAW (1981) utilizou fotografias das mesmas pessoas com diferentes posicionamentos dentais para que adultos e crianças respondessem a perguntas sobre a influência social daquelas más oclusões. O autor constatou que as fotografias de uma criança com face mais bonita, evocava nas pessoas menor agressividade, menor tendência de iniciar uma briga, e menor inclinação à agressão em relação à fotografia de uma criança com pior aparência buco-facial. O mesmo aconteceu quando se comparou os sorrisos com apinhamento dental e sem apinhamento dental, respectivamente. Quanto à percepção de inteligência, as deformidades dento-faciais não mostraram efeitos estatisticamente significativos, enquanto uma face desagradável esteticamente se mostrou relacionada com menor inteligência para o observador.

Os indivíduos com más oclusões severas sofrem, além das discriminações sociais, de problemas no desempenho das funções orais, podendo procurar pelo tratamento pelas duas razões e por requerer mudanças na qualidade de vida. SHAW (1997) preconizou, como uma das formas de escolha dos pacientes que receberão o tratamento, a mensuração do impacto social de seus problemas, mesmo reconhecendo que são campos de alta complexidade e o impacto de um desalinhamento dental na vida das pessoas não pode ser avaliado precisamente.

Uma variedade de fatores sociais são relatados como influências na demanda por tratamento ortodôntico. Em um contexto sócio-cultural, muitas vezes, as alterações morfológicas da boca e dos dentes podem ser mais valorizadas no julgamento

da aparência que outras disfunções físicas. Na cultura ocidental, os dentes bem posicionados se tornaram uma norma de beleza, e a correção das desarmonias oclusais passaram a ser de grande importância (JENNY, 1975). Isso ocorre principalmente para as mulheres, que segundo SHAW (1997) são as que mais procuram por tratamento ortodôntico, justamente pela cobrança de beleza e de estética facial ser maior sobre elas, quando comparadas com indivíduos do sexo masculino.

A busca por terapia ortodôntica não pode ser considerada como mera vaidade, mas como resposta à avaliação social e ao conceito de estética que é variável, de indivíduo para indivíduo, e em diferentes populações, dependendo das tradições culturais (KEROSUO et al., 1995; PERES et al., 2002). PINZAN et al. (1997), por exemplo, usando um instrumento em que os pacientes informavam sobre sua percepção quanto ao tratamento ortodôntico, constataram que a grande maioria dos pacientes tinha maior expectativa quanto aos resultados estéticos do tratamento.

Dentro de uma dada sociedade, respeitando os fatores culturais, não se pode considerar frivolidade o desejo de se ter dentes bem posicionados. Se os dentes de um indivíduo não se encontram dentro dos padrões estéticos, a necessidade de um tratamento ortodôntico é amparada, também, pelas pressões sócio-culturais. No caso específico das crianças, não somente seus pais, mas também os adultos são condicionados por pressões culturais que acabam por influenciar os pais e a própria criança a achar sua aparência facial e dental mais importante que suas demais condições de saúde.

KEROSUO et al. (1995) investigando a percepção das más oclusões em adultos finlandeses constataram que o bom alinhamento dental tinha uma influência significativa na percepção de beleza e sucesso para aquelas pessoas. Porém, os problemas oclusais na região anterior pareceram ser mais significativos quanto a essa percepção, sendo um fator causador de algum tipo de desconforto social. PINZAN et al., (1993) e ELIAS et al., (1999) são congruentes com essa afirmação quando constataram que a maioria das pessoas julga a satisfação com seu sorriso e com o posicionamento dos dentes pela forma com que os elementos dentários anteriores se relacionam entre si, se em boa posição ou não.

JENNY (1975) afirmou que o nível socioeconômico também é importante e influente 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 um possível acesso a um tratamento nos sistemas públicos de saúde.

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.

### *3.2.3. A perspectiva psicológica da questão*

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. MCGREGOR (1979) escreveu que essa agressão psicológica pode causar desordens no comportamento e desajustes na personalidade. Segundo o mesmo autor, essas pessoas seriam mais resignadas e estoicas, se comportando mais passivamente diante das situações desfavoráveis, como se a agressão social as moldasse e imobilizasse.

Foi reportado por BALDWIN (1980) que algumas características dento-faciais, quais sejam protrusão dos dentes superiores ou do mento e apinhamento severo dos dentes anteriores, estão interligadas com o julgamento de sinceridade, e consciência. O fato sugere, segundo o pesquisador, que a aparência facial traz consigo algumas atribuições estereotipadas.

SHAW (1981) 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 pelos seus pares pode influenciar toda a vida futura da criança. Uma aparência facial, particularmente influenciada pelos dentes, que evoque julgamentos sociais desfavoráveis, é de considerável significância para a

estabilidade psicológica da criança, pois pode impor a ela situações que a marcarão. E as crianças que possuem algum tipo de alteração morfológica buco-facial são mais susceptíveis a apresentar distúrbios psicológicos gerados pela aparência, o que lhes causa certa ansiedade (ALBINO et al., 1984). A seqüela psicológica é secundária ao problema oclusal, já que há a tendência de mudança em caracteres da personalidade das pessoas com grandes discrepâncias oclusais, pois estas seriam mais inseguras e mais ansiosas.

Muitos estudos com perspectivas longitudinais analisaram características básicas da personalidade das pessoas, como auto conceito e auto-imagem, antes e depois de um tratamento ortodôntico. Sempre são obtidos resultados que indicam mudanças advindas do tratamento neste aspecto, havendo sensível melhora nesses conceitos (BALDWIN, 1980). Entretanto, a literatura se revela controversa sobre as mudanças na auto-estima e na auto-imagem corporal dos pacientes submetidos a um tratamento ortodôntico. SHAW et al. (1991), por sua vez, acreditam que, pelas evidências, é perfeitamente associável o fato de se ter dentes corretamente posicionados com uma mais elevada auto-estima, porém, não há ainda provas incontestáveis apresentadas na literatura.

Segundo VARELA et al. (1995) enquanto alguns autores negam as melhoras psicológicas alcançadas pelo tratamento ortodôntico, outros reportam diferenças dramáticas após a referida terapia. SHAW (1991) partilhou do questionamento quanto à eficácia do tratamento ortodôntico em relação à auto-estima, e complementou que, muitas vezes, o paciente continua insatisfeito com sua aparência, mesmo após o tratamento. Mas cabe ressaltar que os requisitos sociais e culturais determinam o auto conceito, e só se desenvolve idéias sobre a própria aparência a partir das considerações alheias (ALBINO, 1984).

Para SHAW (1997) a relação da auto-estima e más oclusões pode ser considerada uma via de mão dupla onde as pessoas com baixa auto-estima podem supervalorizar suas condições oclusais, que podem não ser tão graves, sendo a recíproca também verdadeira. Todavia, os efeitos perniciosos das más oclusões, no campo da psicologia são inquestionáveis, como a insegurança e a timidez que ela traz implícita.

VARELA et al. (1995) estudaram alguns pacientes antes e depois do tratamento ortodôntico. Estes responderam a questionários usados em psicologia para diagnosticar o tipo de personalidade e fatores como inibição, auto-estima, estabilidade emocional. O perfil dos pacientes pré-tratamento apresentava as características básicas e normais de personalidade, inclusive padrões normais de auto-estima. Já a maneira com que essas pessoas viam seu corpo, principalmente seu sorriso, correspondia a um valor inferior à média. No pós-tratamento, foi reportado que os pacientes apresentavam menor inibição e maior estabilidade emocional, maior responsabilidade e atitudes mais sensatas. A pesquisa mostrou também que a auto-estima do paciente não foi aumentada após o tratamento ortodôntico, embora melhorasse o auto conceito físico, incluindo os critérios de estética faciais.

MC GREGOR et al. (1979) relataram sobre a insegurança e instabilidade emocional das pessoas portadoras de uma severa oclusopatia. Segundo eles, as pessoas nessas condições nunca estão certas da forma com que serão tratadas na sociedade, estão sempre esperando as mais diferentes respostas por parte de seus interlocutores, seja de pena, repulsa ou curiosidade. ALBINO et al. (1984) corroboraram com esta afirmação.

Entretanto, é consensual para os pesquisadores que a aparência facial e bucal deva ter maior saliência para alguns indivíduos que para outros, provocando reações psicológicas diferentes em diferentes pessoas, o que não pode ser subestimado na motivação e na demanda para tratamento ortodôntico.

Em um estudo, visando correlacionar os fatores oclusais e psicológicos dos pacientes que procuravam por tratamento ortodôntico, ALBINO et al. (1981) compararam psicologicamente adolescentes que procuravam por tratamento com seus pares que necessitavam, mas não se propuseram à intervenção ortodôntica. Os dados analisados incluíam escores de variáveis como a percepção do estado de saúde bucal, atitudes referentes ao tratamento ortodôntico e às características psicológicas que, supostamente, seriam influenciadas pelos fatores de estética bucal. Os autores concluíram que as variáveis não relacionadas com a má oclusão não diferiam entre os dois grupos de jovens e que os fatores psicológicos eram importantes na decisão de se tratar ortodonticamente. BROWN et al. (1987) acreditaram que os fatores psicossociais

prescindem os demais, inclusive a severidade da má oclusão, na busca pelo tratamento ortodôntico.

As oclusopatias mais deformantes, ou mais severas, realmente produzem implicações psicológicas nos indivíduos e a melhora na imagem que as pessoas têm do seu corpo é de grande importância em psicologia, pois revela a forma com que as pessoas se vêem na sociedade. ALBINO et al. (1984) foram congruentes com essa informação.

#### *3.2.4. A perspectiva biológica da questão*

Uma má oclusão pode ser considerada deformidade quando limita a mastigação, a fala, ou seja, afeta o âmbito fisiológico e também as relações sociais como emprego, relacionamentos entre outros. Não há dúvidas de que em saúde pública a definição de má oclusão passa pelos conceitos psicológicos, sociais e culturais de deformidade facial.

SHAW (1997) não acreditou nas implicações biológicas causadas pelas más oclusões e apenas aceitou estas correlações em determinados casos mais graves de mal posicionamento dos maxilares ou em apinhamentos dentários extremos. Para ele, o benefício do tratamento ortodôntico estaria mais no campo psicológico e social. BALDWIN (1980) também acreditou que os benefícios oriundos do tratamento ortodôntico são maiores no sentido psicossocial do que no sentido funcional. Porém, CUNHA (1972) já ressaltava as implicações biológicas das más oclusões no âmbito da medicina psicossomática que prega entre outras coisas: i) o estudo do doente e não da doença; ii) todas as enfermidades são gerais e não locais; iii) o indivíduo só pode ser concebido em seu ambiente nunca isoladamente; iv) o estado emocional influencia o funcionamento de qualquer órgão, bem como os conflitos do inconsciente. Sob essa perspectiva as más oclusões afetam o organismo das pessoas de diferentes formas, direta ou indiretamente. Embora a afirmação não seja sustentada por evidências científicas, deve ser mais discutida.

Foi também relatado na literatura (OKESON, 1992; DAWSON, 1993) que o posicionamento incorreto dos dentes causaria desordens nas articulações têmporo-

mandibulares, por alterar a posição do disco articular, aumentar o tônus dos músculos da mastigação, além de comprimir os tecidos articulares.

Os maxilares e os contatos dentários exercem uma influência física sobre o funcionamento dos músculos mastigatórios, sobre suas fibras, unidades motoras e sobre as estruturas circunvizinhas. Os distúrbios morfológicos e funcionais da boca influenciam a ação esqueleto-motora dos músculos da mastigação. Quando ocorre uma quebra do equilíbrio anatômico e neurológico da região, as dores orofaciais surgem como produto dessas alterações, que podem influenciar também a harmonia existente entre crânio e mandíbula e entre crânio e coluna cervical (KLINEBERG, 1988). JONES (1994) relatou um estudo em que encontrou uma grande correlação estatística entre discrepâncias oclusais e disfunções têmporo-mandibulares. Também relatou uma forte relação entre a terapia oclusal e a diminuição de dores nas referidas articulações. Contudo RENDELL et al. (1992) acreditaram que os resultados são na maioria das vezes inconclusivos, carecendo a realização de estudos e pesquisas mais abrangentes para a evidenciação do fato. Quando as discrepâncias oclusais coexistem com problemas articulares, o tratamento ortodôntico deve ser indicado, mas sempre observando o grau de influência do estresse nesta patogenia, sendo este comumente ligado às disfunções articulares.

Os componentes anatômicos do sistema mastigatório também servem a outros sistemas, atuando na respiração e fala, na maioria das vezes apresentando uma origem embriológica comum. Isso implica em um sincronismo funcional e também em correlações patológicas que podem vir a ocorrer, em que disfunções de dado elemento se refletem em um outro. Essa analogia embriológica, estrutural e funcional explica a diversidade de sintomas apresentados pelo paciente com disfunções nas articulações têmporo-mandibulares (ATM). Aos distúrbios estão adicionalmente associados fatores como hábitos bucais deletérios, estresse, doenças articulares, hiperatividade muscular, que podem levar o paciente a uma sensação dolorosa exacerbada, transparecendo a caracterização de uma doença em si e não mais de um sintoma (BRADLEY, 1981).

MICHELOTTI et al. (1999) descrevem um estudo em que foram analisados onze problemas oclusais, sendo enfocada sua implicância nas disfunções articulares faciais. Só foram estatisticamente significativos os efeitos de cinco condições

específicas de más oclusões mais severas como: perda de muitos elementos dentários, grandes *overjets*<sup>2</sup>, mordidas cruzadas<sup>3</sup>, mordidas abertas<sup>4</sup> e discrepâncias entre o posicionamento mandibular de repouso e com os dentes em oclusão. Nota-se que as evidências apontam para uma pequena relação oclusão e desordens têmporo-mandibulares, quando não há outro fator causal envolvido. Somente nas formas mais exacerbadas de más oclusões, que também seriam traumáticas aos tecidos orofaciais, a evidência se faria presente.

Ainda não há evidências comprovadas, mas há pesquisadores que encontram correlações entre as más oclusões dentárias, problemas posturais e dores cervicais. Tornou-se crível que devido às mudanças nos padrões de contração dos músculos da mastigação pudessem ocorrer aqueles problemas, pois o aumento da atividade muscular, devido ao mal posicionamento dentário, faz com que a tensão seja refletida em dores de cabeça e nos músculos cervicais. MICHELOTTI et al. (1999) confirmam haver a conexão entre as dores provocadas por alterações funcionais no sistema estomatognático com a região cervical, devido às conexões nervosas entre o nervo trigêmio que inerva os músculos mastigatórios e nervos cervicais que inervam os músculos do pescoço. PROFFIT (2000) afirmou que quando há uma obstrução nasal crônica, no caso dos respiradores bucais, a mandíbula adota uma postura de adaptação para maximizar a passagem do ar e, com isso, a angulação entre a cabeça e a coluna cervical muda em até cinco graus. Contudo, as relações entre más oclusões, postura e dores cervicais ainda precisam de mais investigações, que possam evidenciar a possível relação existente entre a postura da coluna vertebral e o posicionamento dos maxilares.

A afirmação de que as alterações oclusais e funcionais da mandíbula afetam a coluna vertebral na região cervical deve ser vista com muito cuidado. Esses reflexos perniciosos se existentes, ficam limitados ao segmento cervical da coluna, contra indicando, então, o tratamento postural pela terapia ortodôntica ou vice-versa.

---

<sup>2</sup> *Overjet*- Consiste no sobrepasse dos dentes incisivos superiores em relação aos incisivos inferiores, no sentido horizontal.

<sup>3</sup> Mordidas cruzadas são condições em que os dentes superiores ocluem lingualmente (internamente) em relação aos inferiores, ela pode ser anterior ou posterior, dependendo de sua localização no arco.

<sup>4</sup> Mordida aberta é a situação encontrada quando os dentes não tocam os inferiores no durante o fechamento da boca, podendo ser anterior ou posterior, também de acordo com o local de ocorrência no arco.

### 3.2.5. *A perspectiva econômica da questão*

Muitas doenças afetam preferencialmente os grupos sociais menos favorecidos pela privação de acesso às políticas públicas de saúde e privação de acesso aos serviços particulares. 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. O acesso a este é prerrogativa das classes sociais mais privilegiadas que podem pagar pelos serviços, restando à população de baixa renda lutar pelas escassas fichas de consulta nas unidades públicas de saúde ou se "contentar" com a exclusão.

As alterações nas características socioeconômicas da população brasileira, sejam a piora na distribuição de renda e a diminuição do poder aquisitivo da classe média, estão ocorrendo paralelamente no que tange à saúde, com o estrangulamento dos serviços públicos, aumento da demanda e crescimento das medicinas de grupo (WATANABE et al., 1996). O resultado nefasto dessa situação se materializa na exclusão de grande parte da população dos serviços de saúde e, na ampla maioria das vezes, a população excluída é a economicamente menos privilegiada. Assim também acontece com a Odontologia, em que a olhos vistos, o acesso a um tratamento ortodôntico é quase restrito à população de melhor poder aquisitivo. Isso contribui ainda mais para o crescimento do enorme abismo entre pobres e ricos em nosso país.

A exacerbada exclusão social por que passam hoje vários países em desenvolvimento, em especial o Brasil, faz com que haja reflexos em todos os setores. A cobertura de serviços odontológicos pelo setor público é elementar na grande maioria dos estabelecimentos e os procedimentos cobertos são os de menor complexidade. O setor privado, apesar de imperar na oferta de serviços, absorve apenas uma pequena parte da população, que paga diretamente pelos serviços ou se enquadra dentro de planos de saúde, que em sua maioria, não cobrem tratamentos ortodônticos, absurdamente por eles chamados "estéticos". Desta maneira a população de baixa renda que não dispõe de planos odontológicos nem de recursos para comprar os serviços particulares, compõe um quadro de completo abandono e exclusão, pois não existe, em

nível público, sequer uma menção à possibilidade de se oferecer um tratamento ortodôntico para as más oclusões deformantes, ou mesmo uma intervenção preventiva. Muitas pessoas, então, precisam do tratamento, mas não podem pagá-lo.

Investigando a relação existente entre necessidade de tratamento e nível socioeconômico em crianças inglesas, TICKLE et al. (1999) notaram que havia uma predominância de crianças economicamente menos favorecidas no grupo com más oclusões mais severas, talvez pela maior percepção da necessidade de tratamento pelos grupos de status socioeconômico mais alto, ou em consequência de um maior número de crianças economicamente mais favorecidas já terem sido tratadas. Concluíram também que o nível socioeconômico foi secundário na determinação de condições de saúde bucal, pois, embora não tenha determinado a má oclusão, ele contribuiu para a maior prevalência do problema nas classes sociais mais baixas vis-a-vis à dificuldade do acesso ao tratamento.

A prevalência de más oclusões em uma determinada população está vinculada aos indicadores socioeconômicos. Na pesquisa realizada por SILVA FILHO et al. (1990) foi constatado e estatisticamente significativo o fato de que nas classes mais baixas o índice de problemas ortodônticos ser maior, principalmente aqueles causados pela perda precoce dos dentes decíduos, pois essa perda prematura pode implicar na erupção dos dentes permanentes em época e local incorretos. Já as más oclusões mais severas de origem esquelética não se apresentaram sensíveis aos níveis socioeconômicos, sendo, portanto, de grande relação com a genética e não mutáveis com os fatores ambientais, pelo menos para a sua instalação. FREIRE (2000) concordou com a hipótese de os fatores socioeconômicos estarem vinculados à incidência de cáries em dada população, mas retificou que há poucos estudos no Brasil para evidenciar essa situação.

TICKLE et al. (1999) corroboram dos achados de SILVA FILHO et al. (1990) ao mostrarem, em estudo com crianças britânicas, que os escores mais altos do OITN (utilizado para triagem naquele país) se dava nos grupos de indivíduos economicamente menos privilegiados. O motivo seria também a perda precoce de dentes decíduos.

MARIGO et al. (1993) procurou correlacionar certos tipos de má oclusão e fatores socioeconômicos. Examinaram cerca de 1000 crianças brasileiras de três classes sociais distintas (alta, média e baixa). Constatou-se que os indivíduos de classe social mais alta possuem menos hábitos orais nocivos, sendo que a prevalência desses fatores eram inversamente proporcionais à classe social do indivíduo. Quanto melhor o poder aquisitivo e mais alta a estratificação social, menor a incidência de hábitos orais nocivos. Os referidos hábitos são, para MOYERS (1991), uma manifestação de infelicidade, descontentamento ou desajuste quando surgem para liberar tensões da criança, por volta da metade da infância. Ao passo que, se surgirem precocemente, no bebê amamentando, podem estar relacionados aos problemas na alimentação. TOMITA (1997) correlacionou o trabalho materno com a questão dos hábitos bucais perniciosos supostamente associados às más oclusões; tais hábitos eram mais freqüentes nas crianças cujas mães necessitavam se ausentar para trabalhar. Mais uma vez, ainda que de forma indireta, os fatores socioeconômicos seguem sua interação com a manifestação de várias patogenias. Deve-se aqui ressaltar a importância de ações preventivas em Ortodontia, orientando as mães, os pequenos pacientes e interceptando o problema ainda em sua gênese. Essa conduta preventiva pode fazer com que caia a demanda para o tratamento dos problemas advindos desses hábitos perniciosos.

A maior ligação existente entre más oclusões e fatores econômicos reside justamente na forma de resolução do problema: o tratamento ortodôntico é sempre de alto custo, demandante de grande tempo para sua execução e de um serviço altamente especializado. Ou seja, a ausência de recursos financeiros para custear o tratamento empurra para longe dos consultórios odontológicos a maior parte da população.

SHAW (1997) ao investigar a relação entre demanda para tratamento ortodôntico e estratificação social em crianças galesas, constatou que os casos de más oclusões menos complexos eram tratados por cerca de 19% das crianças de classe média, este índice cai para 6% em crianças de classe mais baixa. O resultado leva à reflexão de que não só a exclusão social, mas a organização dos grupos sociais é determinante dessa demanda. Esta organização faz com que por si mesmas as famílias priorizem outras necessidades, considerando e salientando os obstáculos que poderiam ser encontrados para a realização do tratamento que lograria apenas um pequeno

benefício estético. Tais obstáculos poderiam estar relacionados ao tempo de abandono do trabalho para acompanhar o filho, ao consultório do dentista, às dificuldades relativas ao transporte (horário, custos de transporte), dentre outros. Então, os tratamentos simples saem da lista de prioridades familiar, já os mais complexos podem ser tão necessários e incômodos que, segundo RUTZEN (1973), chegam a prescindir sobre a aquisição da casa própria na lista de prioridades das classes sociais média e baixa.

A compreensão do processo saúde-doença a partir de sua determinação social e econômica é indispensável para que se conheça o perfil da população alvo de determinada política de saúde. A inclusão de variáveis como escolaridade, classe social, moradia, trabalho e renda familiar, como instrumentos auxiliares na determinação das condições de vida de dada população, nos leva a conhecer os "nós críticos" (CHAVES et al. 1999) que deverão ser priorizados em uma elaboração de ações sanitárias.

### 3.3. A Ortodontia- Preventiva, interceptativa, curativa e estética

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

A Ortodontia surgiu nos Estados Unidos no final do século passado. Foi desenvolvida por Edward Hartle Angle e se tornou a primeira especialidade da área odontológica. No princípio Angle selecionava seus melhores alunos na Universidade e lhes transmitia os conceitos e práticas da profissão. Desde sua criação, a Ortodontia foi elitizada, nem todos os cirurgiões-dentistas tinham alcance aos seus princípios, somente os escolhidos pelo mestre. No que toca ao acesso da população, até há alguns anos, a elitização ainda era notória. Ter um aparelho nos dentes era símbolo de "status" social, modernidade e representava um bom poder econômico. Hoje, apesar do acesso estar mais democrático, ainda há de se transpor muitas barreiras sociais para que os de mais baixa renda possam usufruir desse benefício.

É do conhecimento comum que muitos agravos relacionados à cavidade bucal são perfeitamente evitáveis ou preveníveis. O ramo da Ortodontia que trata da prevenção das oclusopatias é a Ortodontia Preventiva. Os objetivos da Ortodontia Preventiva seriam evitar o problema de "más oclusões", através da promoção da discussão de valores, saberes e crenças da população e do uso do conhecimento do profissional para o esclarecimento dos indivíduos alvos das ações de saúde. As ações preventivas além de um cunho esclarecedor e social, também contribuiriam significativamente para reduzir a demanda para um possível tratamento ortodôntico futuro (PROFFIT,2000).

A Ortodontia preventiva é de fácil aplicabilidade prática, baixo custo operacional e não requer a utilização de nenhum aparelho ortodôntico, sendo, na realidade, uma prevenção das más oclusões dentárias. Para BRESOLIM (2000) os fatores etiológicos ambientais podem e devem ser prevenidos na prática odontológica usual. Dentre os procedimentos utilizados numa ortodontia preventiva podem ser feitos:

i) aconselhamento e acompanhamento a mulheres grávidas e puérperas para que se evite o consumo de drogas teratogênicas durante a gravidez e lactância;

ii) esclarecimento sobre a importância da amamentação do bebê para o desenvolvimento correto das estruturas dento-faciais. Deve-se observar também os fatores sistêmicos que podem interferir no bom desenvolvimento da dentição e da oclusão. As condições de saúde geral consistem num fator de suma importância para o equilíbrio fisiológico da dentição (FRITCHER et al., 1998). Os desequilíbrios hormonais, uma nutrição pobre, podem agir como fatores secundariamente determinantes das oclusopatias, ou pelo menos exacerbar seus efeitos;

iii) chamar a atenção das mães para os efeitos danosos das chupetas;

iv) identificação de respiradores bucais (em geral essa é causada pela obstrução das vias aéreas superiores) e aconselhar tratamento médico especializado;

v) prevenção das cáries dentais tidas como importante fator primário na etiologia das más oclusões. Apesar de não haver representativo significado ortodôntico para a dentição temporária, a perda precoce de um dente decíduo pode causar uma série

de problemas na dentição permanente (NOGUEIRA et al., 1998). O combate às cáries é de grande importância na minimização dessa forma de etiologia, a fluoretação das águas potáveis, a aplicação tópica de fluoretos e uma reeducação alimentar são bastante eficazes neste sentido;

vi) extração de dentes decíduos que permaneceram na boca após a época em que deviam dar lugar aos permanentes;

vii) identificação e esclarecimentos sobre os hábitos orais indesejáveis como sucção digital ou de objetos. Na maior parte das situações, os hábitos podem ser evitados ou interceptados. Sua ação sobre os maxilares, os dentes, e os músculos serão dependentes da sua frequência, intensidade e duração. Estes, interagindo com a predisposição genética da criança, suas condições nutricionais e sua saúde geral, podem desencadear um desenvolvimento deturpado da região facial;

viii) tratamento de dentes apinhados, de dentes espaçados, de diastemas causados por freios labiais hipertrofiados e de problemas na mastigação que estejam sendo causados por interferências dos dentes ou restaurações mal feitas;

ix) contagem de dentes dos arcos para se detectar a ausência congênita de algum elemento dentário ou a presença de algum extranumerário;

x) examinar os freios labiais, se hipertróficos ou não, e analisar a oclusão dentária nos planos ântero-posterior, transversal e vertical para detectar a presença de mordidas cruzadas, mordidas abertas e crescimento excessivo dos maxilares.

Essas ações podem ser desenvolvidas tanto pelo cirurgião dentista atuante no serviço público, como pelos demais integrantes das equipes de saúde bucal. O benefício à população será grande e o que é mais importante: a baixos custos. Mais uma vez enfocando a importância do tratamento preventivo ou interceptativo como minimizador das seqüelas das más oclusões.

São procedimentos básicos de orientação, supervisão e acompanhamento, sem custos adicionais com insumos, apenas serão gastos os valores referentes aos honorários profissionais. Esses procedimentos são, portanto, passíveis de inclusão nas

ações básicas do cirurgião-dentista que atua no Programa de Saúde da Família<sup>5</sup> (PSF) ou em ambulatórios públicos, tornando-se quase que obrigatória sua inclusão em equipes de saúde pública bucal. Entretanto é recomendável que se observe e que se quantifique o benefício que essas ações trarão à população.

HERREN (1970c) já chamava a atenção para as diferenças econômicas e sociais existentes entre as populações da zona rural e das cidades - diferenças essas grandes em todos os países e que se refletiam também no acesso aos serviços ortodônticos. Mais uma vez o esclarecimento da população é ressaltado como imprescindível.

A prevenção também está ligada ao fato de valorizar a auto percepção do indivíduo para seu problema e de esclarecer sobre a forma com que as doenças e agravos têm sua origem. Os pais devem ser orientados para serem os primeiros a perceber qualquer alteração na saúde bucal de seus filhos. Destaca-se, ainda, o papel das universidades em formar profissionais especialistas, facilitadores deste processo. Ao nível local, uma política de ortodontia preventiva pode significar o direcionamento dos recursos humanos de níveis fundamental e médio para preencher as necessidades. Para tal, o treinamento de profissionais também seria necessário ( SOUZA JÚNIOR, 2000).

A prevenção é dependente dos avanços tecnológicos, dos meios de comunicação e, principalmente, de políticas públicas de saúde. Embora as más oclusões não respondam rapidamente às iniciativas preventivas como as outras áreas da Odontologia ou da Medicina, as limitações dessas políticas não podem prescindir os seus benefícios. O controle sobre as causas genéticas das oclusopatias é impossível atualmente, mas pode-se minimizar seus efeitos, reduzindo a exposição a fatores ambientais que podem potencializar a situação. Como a prevenção das cáries que também, indiretamente ajudará na diminuição da severidade de algumas más colusões e prevenirá outras tantas.

---

<sup>5</sup> O PSF é um programa do Ministério da Saúde de caráter multiprofissional, que seguindo as diretrizes estabelecidas em Alma Ata (1978) visa levar à população atenção básica à saúde. Visa, também, atender o paciente em seu domicílio com programas preventivos e orientações, como também fazer o encaminhamento para o atendimento médico nas unidades de saúde nos casos que necessitarem dessa intervenção. Em março de 2001, o Cirurgião – Dentista passou, oficialmente, a fazer parte da equipe do programa.

BRESOLIN (2000) escreveu também que muitas vezes já se transpôs os limites da ortodontia preventiva e a necessidade do paciente requer uma intervenção mecânica precoce. Essa intervenção é chamada de ortodontia interceptativa que consiste na extensão dos procedimentos preventivos. Para HERREN (1970a), os procedimentos interceptativos são de grande importância na atenuação do problema, facilitando uma terapêutica secundária mais tarde. Tais procedimentos podem incluir:

- i) o redirecionamento de dentes que estiverem erupcionando ectopicamente;
- ii) pequenos movimentos dentários e correção de pequenos cruzamentos de mordida ou pequenas perdas de espaço nas arcadas;
- iii) recuperar ou manter o espaço dos dentes decíduos perdidos;
- iv) interceptar a ação perniciosa da língua, dedos, ou objetos, sobre as arcadas.

A interceptação minimizará a má oclusão e ainda pode eliminar suas causas. NIMRI et al. (2000) consideraram que a ortodontia interceptativa melhoraria as condições bucais das crianças, minimizando a necessidade ulterior de tratamento. O problema ortodôntico pode desaparecer após essa intervenção; no mínimo, a terapia poderá fazer com que no futuro o indivíduo apresente um nível de necessidade de tratamento mais baixo. O tratamento ortodôntico que vier a ser executado posteriormente será minimizado em seu tempo de duração e no gasto de recursos. A maior parte das ações interceptativas podem ser feitas 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, entretanto uma observação sobre o custo-benefício dessas ações é de suma importância (FRITCHER et al., 1998).

O tratamento de desarmonias esqueléticas e outros fatores complicadores da função dento-facial, como ausência geral de espaço para os dentes, espaçamento generalizado, projeção anterior acentuada dos dentes, entre outros, requerem um tratamento total, pela ortodontia corretiva convencional. Embora esse tratamento devesse ser incluído no rol dos demais executados no serviço público de saúde, devem

ser observados vários fatores (oclusais, psicológicos e econômicos) para que se investigue se o paciente realmente necessita recebê-lo.

Apesar das más oclusões afetarem às funções biológicas OKESON (1992) e DAWSON (1993) e as psicossociais (SHAW, 1997) , grande parte dos pacientes procura por tratamento ortodôntico visando solucionar problemas estéticos. Um desalinhamento dentário é mais reconhecido como problema sob uma perspectiva sócio-cultural que por seus sintomas. Na sociedade moderna, dentes em oclusão normal atendem aos padrões culturais de beleza e, assim sendo, as variações devem ser eliminadas. MOYSÉS (2000) escreveu sobre a existência de uma "seleção natural" em que as pessoas com más condições de saúde tenderiam a se rebaixar ainda mais na escala profissional. Cada dia mais e mais as pessoas são obrigadas a apresentar, dentre outras coisas, uma harmonia no relacionamento dentário por exigências estéticas, e ter "dentes perfeitos" é sinal de qualidade de vida e *status* social. Para HOLLISTER (1993) 80% das pessoas que procuram tratamento ortodôntico o fazem por motivos estéticos, independente da existência de grande necessidade. Para esses indivíduos, a Ortodontia é puramente cosmética e visa "corrigir" seus dentes, solucionando seu problema. Esses casos, em que somente a estética é almejada devem ser tratados pelo setor privado, diminuindo a demanda a ser coberta pelo setor público e priorizando um possível tratamento financiado pelo Estado para os casos mais severos, cuja característica principal não é só a aparência.

Nos casos em que o problema do indivíduo lhe causa desconforto, inibição, mas a oclusopatia é leve ou moderada, segundo os critérios normativos (não apresentando grande necessidade de tratamento), o setor privado é que deve se encarregar de absorver esse tipo de demanda. Mas, se o envolvimento estético advir de uma grave má oclusão e implicar em desadaptação social, inibição, baixa auto-estima, disfunções mastigatórias, a estética assume outra conotação e passa a ser assunto de saúde pública.

## 4. A ORTODONTIA E A SAÚDE BUCAL SOB UMA PERSPECTIVA HISTÓRICO-SOCIAL

### 4.1. A Ortodontia e a saúde pública: um olhar sobre a experiência internacional.

A Ortodontia surgiu nos Estados Unidos, ganhou força entre os americanos que usaram, e ainda usam, em larga escala, o serviço. Há uma geração, quando na Inglaterra e Europa de um modo geral, havia poucos ortodontistas, nos Estados Unidos a profissão já era amplamente praticada por milhares de especialistas. Talvez pela questão cultural e pelas imposições sociais sempre muito presentes na sociedade americana. O mercado da Ortodontia nos Estados Unidos tem uma proporção provedores/pacientes, muito maior que nos países europeus, sendo assim, os americanos obtêm tratamento ortodôntico por condições muito menos complexas que as exigidas no serviço público da Europa. Naquele país, a maior parte dos tratamentos ortodônticos são cobertas pelos seguros de saúde que apresentam cotas com limites de gasto para cada paciente (RICHMOND et al. 1998). Os profissionais provêm o tratamento e são reembolsados pelas agências seguradoras (TULLOCH et al. 1984).

O Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido oferece os serviços ortodônticos a todas as pessoas que dele necessitam até os 18 anos (BREISTEIN et al., 1998). Os provedores destes serviços são: o Serviço Odontológico Geral (*General Dental Service*) e O Hospital de Serviços Ortodônticos (*Hospital-based Orthodontic Services*). Cerca de 20% dos ortodontistas britânicos atuam no setor público. O atendimento é feito por especialistas em Ortodontia e também por cirurgiões-dentistas, clínicos gerais, que recebem um treinamento especial com esse fim e são supervisionados pelos ortodontistas. Para a seleção da clientela, o Departamento de Saúde leva em consideração o propósito do paciente no tratamento, se este está sendo solicitado por fatores puramente cosméticos, ou se é realmente necessário. Para isso são aplicados os índices de necessidade de tratamento ortodôntico (RICHMOND et al., 1993), que farão com que os casos mais graves sejam atendidos pelo serviço público

prioritariamente. Os índices de necessidade de tratamento ortodôntico são muito usados no Reino Unido como forma de triagem, de levantamento epidemiológico, além de serem métodos para se verificar a eficácia da terapia ortodôntica. Pode-se destacar, dentre os índices, o OITN (ANEXO I), originalmente desenvolvido na Inglaterra e hoje o mais usado no país.

RICHMOND et al. (2001) afirmaram que 90% dos ortodontistas suecos são empregados pelo serviço público de saúde. PIETILÄ et al. (1997) complementaram que a porcentagem de ortodontistas atuando exclusivamente no serviço público da Suécia é de 52%. Na Suécia, o acesso aos serviços odontológicos é gratuito para a população até 20 anos. O Serviço Público Odontológico (*Public Dental Service - PDS*) é o encarregado de promover programas e cuidar da saúde bucal desse grupo de pacientes. Aos generalistas, cabe o diagnóstico e a seleção para tratamentos que são acertados entre o especialista em Ortodontia e o serviço público de saúde (PERMERT et al., 1998). O paciente deve apresentar uma substancial necessidade de tratamento para sua inclusão, mas segundo SHAW et al. (1997), o critério de seleção sueco é definido pelas condições locais de cada município, não sendo claros os pontos de corte entre os níveis de necessidade ou não de tratamento.

Na Nova Zelândia o programa *New Zeland Dental Nurse* cuida da interceptação e prevenção dos problemas de posicionamento dentário e maxilar através de um trabalho realizado com crianças em idade escolar. Com isso perdas precoces de dentes decíduos podem ser evitadas. Na Dinamarca, onde 75% dos ortodontistas atuam em instituições do governo, o tratamento ortodôntico no sistema público atingiu metas que devem ser tidas como modelo, pela alta cobertura populacional que o programa alcançou (JENNY, 1975). O tratamento é de livre acesso a todos até os 18 anos, e os pacientes são classificados para tratamento por um critério definido pelo próprio centro de saúde que provê o serviço de acordo com suas prioridades.

A Noruega constitui outro exemplo de país nórdico que, embora tenha somente 15% de seus ortodontistas atuando na rede pública de saúde, desponta como exemplo de bem-estar social e prestação de serviços de saúde, inclusive os ortodônticos.

Desde 1972, o Sistema Municipal de Saúde da Finlândia vem se responsabilizando pelo tratamento de crianças e adolescentes, garantindo-lhes a gratuidade dos serviços até os 18 anos de idade. Somente pequena parte da população procura pelos serviços particulares. Nos anos 80, com a melhora na saúde bucal da população do país, os centros de saúde se dedicaram, prioritariamente, à assistência ortodôntica (PIETILÄ et al. 1997). Embora esse tratamento não seja regido por políticas centralizadas de saúde, ele é praticado em todos os centros de saúde do país. Os gestores locais gerenciam os serviços e gerenciam os gastos, informando às autoridades centrais. Nestes Centros Municipais de Saúde são empregados ortodontistas que realizam o tratamento ortodôntico propriamente dito e supervisionam o trabalho de generalistas que se encarregam de selecionar os pacientes. Não há um índice usado convencionalmente para essa seleção, mas os pacientes, por razões econômicas e práticas, são tratados de acordo com a necessidade que apresentam (PIETILÄ et al., 1992). O trabalho é semelhante ao desenvolvido nas nações vizinhas, inclusive Noruega. É notória a alta qualidade de vida dos cidadãos dinamarqueses, noruegueses, finlandeses e suecos, bem como é conhecido o estado do bem-estar social praticado naqueles países, liderando, portanto, as estimativas de melhores exemplos de uma prática de odontologia pública.

É notório o crescimento dos cursos de Ortodontia em todo o mundo. A demanda para o tratamento também é influenciada pela relação ortodontista/população. SHAW (1997) divulgou uma estatística do número de ortodontistas por indivíduos de 12 anos de idade em alguns países, conforme mostra o Quadro 1:

Quadro 1- Relação ortodontista/habitante de 12 anos em alguns países.

País	Relação Ortodontista/paciente de 12 anos
Noruega	1:325
EUA	1:352
Dinamarca	1:383
Suécia	1:416
Alemanha	1:427
Finlândia	1:550
Itália	1:787
Grécia	1:870
Hungria	1:1542
Espanha	1:1798
Reino Unido	1:2389

Fonte: SHAW (1997)

Mesmo em países em desenvolvimento, como a África do Sul, registra-se a existência de algum tipo de serviço ortodôntico público. No referido país, as crianças são examinadas em clínicas satélites localizadas nas escolas, onde recebem a atenção odontológica básica, inclusive prevenção e interceptação em Ortodontia. Quando são necessários cuidados ortodônticos maiores, elas são encaminhadas para um ortodontista. Se a condição socioeconômica da criança for desfavorável, ela é tratada nas Clínicas do Estado ou nas clínicas Ortodônticas das Universidades (MUELENARE, 1997).

Segundo MUNÓZ et al. (1980), a alta prevalência de maloclusões na população faz com que seja imprescindível uma seleção de alternativas para que se possa resolver os problemas da comunidade. No Hospital Municipal de Odontologia em Buenos Aires, são atendidos, por trinta e cinco profissionais, cerca de cinco mil crianças selecionadas de acordo com a necessidade de tratamento. Essas crianças são substituídas quando o tratamento é encerrado. Eis aqui outro exemplo de alternativas de estratégias de inclusão da Ortodontia na saúde pública, levada adiante em um país em desenvolvimento.

Em Cuba, após pesquisas sobre a epidemiologia das más oclusões, foi posto em prática um programa de tratamento ortodôntico à comunidade, envolvendo

especialistas que cuidariam da atenção secundária, e clínicos gerais e odontopediatras que cuidariam da atenção primária. Os critérios entre os dois níveis de atenção foram estabelecidos pelos profissionais, sendo a Ortodontia Interceptativa e Preventiva chamada Primária e a Curativa propriamente dita, chamada Secundária. O percentual da população portadora de maloclusões de 0 a 10 anos atendido foi de 80% em cinco anos após o início do programa, e o das crianças de 11 a 14 anos chegando aos 20% (AGUILA et al., 1983). Tais casos de países mais pobres que oferecem algum tipo de tratamento ortodôntico em suas políticas públicas devem ser tomados como exemplo de um bom planejamento e gerenciamento na alocação de recursos, considerando também a abertura de novas outras frentes de necessidade e ações renovadas.

No Brasil, o sistema de prestação de serviços ortodônticos segue uma tendência perversa (com as devidas ressalvas e peculiaridades de um país em desenvolvimento), em que temos as grandes empresas de planos odontológicos ou convênios que absorvem parte da população que pode pagar um pouco pelo tratamento quando este é coberto, e o setor privado liberal, que é majoritário nesta atenção. Os serviços prestados pelos planos, geralmente são terceirizados, e o ortodontista trabalha de acordo com as tabelas impostas pelas empresas que muitas vezes são aviltantes, contribuindo para desqualificar ainda mais este sistema.

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. Os índices de prioridade de tratamento são usados nesses casos para definir em qual escala de necessidade está o paciente. Em alguns sistemas, o reembolso pelo valor do tratamento é proporcional à gravidade da má oclusão: quanto mais alto o índice de necessidade, maior a participação do Estado no financiamento que pode chegar a ser a total.

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). Apesar do 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.

De qualquer forma, nos casos discutidos acima, nos esquemas de seguros internacionais e em seus planos de saúde, o objeto do tratamento não deve deixar marcas de dúvidas quanto à sua necessidade. A alocação de recursos e a qualidade nos serviços são amplamente importantes para essa cobertura. Muitos índices, então, foram desenvolvidos nesses países com o objetivo de classificar uniformemente as más oclusões de acordo com critérios clínicos e muitas vezes estéticos.

#### *4.1.1. Os índices de classificação das más oclusões*

Nos diversos países onde o tratamento ortodôntico é oferecido e financiado pelo Estado, os pacientes recebem o tratamento dependendo do grau de necessidade do mesmo. Para evitar subjetividade nessa escolha, ou mesmo evitar que indivíduos com problemas menos graves recebam a terapia, foram desenvolvidos vários índices de classificação das más oclusões dentárias. Porém, esses sempre revelam apenas os efeitos biológicos das desarmonias citadas. SHEIHAM (2000) escreveu que os índices deveriam conter também medidas da qualidade de vida da população, uma vez que os indicadores econômicos são medidas da extensão em que os distúrbios bucais rompem a normalidade da função social, ocasionando mudanças grandes no comportamento.

Devido às grandes variações quanto aos dados sobre a necessidade de tratamento ortodôntico reportados pela OMS, tornou-se inadiável a criação de meios para direcionar o diagnóstico das más oclusões quanto à necessidade e dificuldade de tratamento (JONES, 1996). E, com o aumento da demanda e das cobranças de efetividade nos serviços, essas classificações e métodos de mensuração baseados em evidências se tornaram imprescindíveis (KROOCHEK et al. 2001). Um índice

ortodôntico, de acordo com RICHMOND et al. (1997), é uma escala numérica derivada de escores específicos de más oclusões que objetivamente mostra alguns parâmetros referentes à necessidade de tratamento ou à severidade do problema oclusal.

Dos índices adotados para a escolha do paciente que realmente necessita do tratamento, um dos mais completos e mais usados hoje, em todo o mundo é o OITN. (JONES, 1996; BREISTEIN, 1998; ERTUGAY, 2001; HUNT et al., 2002). ANEXO I. E, segundo JONES, (1996) 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. Cabe ressaltar que o OITN não se refere à dificuldade do planejamento do tratamento, nem envolve questões relativas à execução do mesmo. O índice classifica as más oclusões de acordo com sua gravidade, na intenção de identificar as pessoas que serão mais beneficiadas pelo tratamento (JANVIER, 2001; ERTUGAY et al., 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. Nesse trabalho, uma vez que a estética não pode ser priorizada pelo sistema público, será enfatizado o segundo componente do índice, o DHC.

De acordo com SHAW et al. (1991) é imprescindível que dado índice de prioridade de tratamento tenha validade e reprodutibilidade. Validade é a capacidade do índice em medir o que se propõe. Reprodutibilidade é a capacidade de uma mesma condição ser medida da mesma forma por duas ou mais pessoas, ou pela mesma pessoa em situações diferentes. O índice deve ser de fácil memorização e manejo pelos profissionais dentistas ou técnicos.

O OITN apresenta essas propriedades, pois foi devidamente validado por seus idealizadores que submeteram vários modelos ortodônticos em gesso, escolhidos de maneira aleatória, à análise de OITN por parte de 74 dentistas: 22 ortodontistas clínicos, 22 ortodontistas consultores, 15 dentistas generalistas e 11 dentistas

trabalhadores do sistema público, que calibraram os pontos de corte entre os diferentes níveis de necessidade de tratamento ( HUNT et al., 2002).

A concordância estatística entre os profissionais foi grande para o DHC do OITN e a visão coletiva do grupo. O mesmo ocorreu com a reprodutibilidade que foi testada após o calibramento de 4 examinadores, e as diferenças interexaminadores foram calculadas pelo método estatístico Kappa. O resultado foi uma concordância quase perfeita ( SHAW et al. 1991).

O DHC do OITN foi derivado do *Index of Swedish Medical Health Board* que era um guia diagnóstico usado na Suécia (JONES et al.,1996). As más oclusões são divididas em 5 níveis, em que 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. Os níveis 4 e 5 denotam grande necessidade de tratamento ortodôntico. Esse componente do OITN é mais prático e pode ser aplicado em um exame clínico ou em uma análise de modelos de gesso (SHAW et al.,1991; ERTUGAY, 2001).

Uma premissa fundamental do OITN é justamente o reconhecimento de que os problemas dentais são de sítios específicos (mordidas abertas, grandes *overjets*, apinhamentos anteriores), e o problema mais severo encontrado é o suficiente para classificar o indivíduo segundo sua necessidade de tratamento. A soma de escores para o indivíduo não se torna válida (SHAW et al.,1991). Desta forma, um paciente que possui muitas condições de más oclusões de pequena magnitude, ou consideradas não graves pelo índice de saúde bucal, não terá sua classificação em níveis prioritários de necessidade, mesmo se somados os escores.

BURDEN et al. (2001) comentaram que os índices de necessidade de tratamento, além de serem usados como estabelecadores de prioridades e em epidemiologia, podem também servir na medição da eficácia do tratamento. TANG et al. (1993) adicionaram à afirmação, a importância desses dados na planificação e execução de políticas de saúde.

O OITN é indicado na medição da necessidade de tratamento e não na complexidade deste. Não é necessário, então, que se registre qual dentre as más oclusões colocou a criança no grupo indicado para o tratamento, pois os pontos de corte foram validados e considerados precisos. Deve-se, no entanto, memorizar os pontos de corte. Há que se separar a necessidade de tratamento da determinação dos objetivos do tratamento, o que exige uma propedêutica mais apurada. O paciente selecionado passará por uma bateria de exames que serão analisados e só assim os objetivos do tratamento serão delineados. É necessário atentar para quem fará o exame, pois se este for feito por um não especialista em Ortodontia não calibrado, se torna menos confiável. Se necessária a utilização de não especialistas na medição, estes devem ser previamente calibrados (BURDEN et al. 2001). As pesquisas devem ser feitas por alguém com experiência profissional.

RICHMOND et al. (1998a) investigaram os critérios de diagnóstico quanto à necessidade de tratamento de vários profissionais de Odontologia, especialistas em Ortodontia ou não que eram de vários países da Europa e dos Estados Unidos. Os autores concluíram que os que trabalhavam em um sistema controlado pelo Estado tendem a recomendar uma maior quantidade de tratamento. Em seguida vêm os profissionais que atendem a planos de seguros e os particulares. Os índices mais baixos de recomendação, para tais tratamentos, partiram dos profissionais atuantes no serviço público e assalariados. A decisão profissional, então, figura entre os fatores mais importantes na decisão de acesso. Segundo KOOCHEK et al. (2001) foi evidenciado em pesquisa, ao comparar a percepção das más oclusões pelos leigos e pelos profissionais, que estes têm aproximadamente 12% a mais de tendência em recomendar um tratamento, comparado com aqueles. Esse fato tem uma grande importância operacional e social pois, se o tratamento é feito sem a correta indicação, o paciente poderá apresentar uma má oclusão residual ou uma piora de sua condição oclusal no fim do tratamento, requerendo maiores gastos, havendo a ocupação de uma vaga que poderia estar sendo utilizada por alguém com maiores necessidades.

SHAW et al. (1991) afirmaram que deve ser visto com cuidado o caso dos pacientes classificados como pertencendo ao grupo 3 do OITN, a condição limítrofe para o tratamento. Nesses casos, o critério subjetivo deve dirimir a questão. O paciente

pode, mesmo apresentando uma má oclusão não tão grave aos olhos do profissional, sofrer de sérios problemas de auto-estima e auto confiança. Neste caso, os autores recomendam o tratamento, uma vez que os benefícios psicossociais são tidos como os maiores com o tratamento ortodôntico. No entanto, uma grande experiência profissional é requerida nesse tipo de escolha, que depende da perícia do ortodontista e da motivação do paciente.

PIETILÄ et al. (1998) salientaram que para o acesso ao tratamento ortodôntico também devem ser pesadas as influências sócio-culturais, uma vez que os índices de necessidade de tratamento não podem servir a todas as sociedades, por motivos culturais. ERTUGAY et al. (2001) afirmaram que a decisão de tratar ou não referida população depende de vários fatores em adição aos fornecidos pelo exame clínico, dentre eles: saúde geral, motivação, custos, riscos, duração e prognóstico, não podendo ficar restritos às bases dos índices de necessidade de tratamento. É interessante a consideração de que o tratamento dos pacientes classificados como níveis 4 ou 5 que não tenham um grande interesse em se tratar ou que não evoquem nenhum desconforto social pode representar até uma piora da sua condição oclusal, pois não haveria a cooperação com o trabalho do ortodontista.

#### *4.1.2. Uma abordagem social da necessidade de tratamento ortodôntico*

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. Inclusive, os critérios clínicos e/ou epidemiológicos para diagnóstico das más oclusões subestimam o fator sociológico ( KEROSUO et al., 1995; PERES et al., 2002). Porém, um forte indício de que os tempos mudaram vem sendo mostrado. 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 e vis-a-vis o impacto social daquelas, e acoplado à classificação das más oclusões, se usa questionários definidores do status psicossocial do pretendente ao tratamento.

Vários são os métodos utilizados hoje em diversos países para se medir o impacto das más oclusões nas questões sociais e psicológicas das pessoas. ALBINO (1984) descreveu o método de Suny que consistia em mostrar à criança uma série de fotografias retocadas de outra criança, exibindo diferentes graus de má oclusão. As fotografias deveriam ser colocadas em ordem de severidade da má oclusão pelo examinado através de sua percepção, e ela deve escolher a fotografia que representa sua situação oclusal. Outras formas também foram reportadas como o *Orthodontic Attitude Survey*, um questionário concentrado em desejo de tratamento e importância da oclusão dentária. JENNY em 1980 desenvolveu o *Social Acceptability Scale of Occlusal Conditions* - (SASOC), um método que, segundo CONS et al. (1983) é dotado de grande aplicabilidade prática. Entretanto, todos os índices e instrumentos utilizados na tentativa de medição do impacto subjetivo das más oclusões não foram desenvolvidos no Brasil, o que torna seu uso bastante questionável devido à influência de fatores culturais no processo. Para esse fim é muito complexa a confecção de um índice destinado à população brasileira que é heterogênea nos aspectos econômicos, culturais e sociais.

SHEIHAM (2000) fez um relato sobre o Impactos Odontológicos no Desempenho Diário (IODD) (ANEXO II), utilizado e elaborado pelo Departamento de Epidemiologia e Saúde Pública do University College London. Este índice baseia-se na Classificação Internacional de Comprometimentos, Incapacidades e Deficiências da OMS, criado em 1980 e modificado por Lockerem em 1988 para uso em odontologia.

O índice consiste em três níveis:

- 1-estado de saúde bucal medido pelo CPOD<sup>6</sup>;
- 2-impactos intermediários negativos, como alterações nos tecidos bucais, dor e limitação funcional;
- 3-impactos definitivos sobre a capacidade de realizar tarefas diárias, envolvendo desempenho físico, psicológico e social.

---

<sup>6</sup> Índice odontológico que mede a quantidade de Dentes Perdidos Cariados ou Obturados (CPOD). Segundo a OMS, o ideal é que seja de 3,0 aos 12 anos, correspondendo a três dentes cariados perdidos ou obturados por indivíduo.

Este terceiro nível, parte 3 do questionário, é equivalente às dimensões de incapacidade medidas pelo índice da OMS e é sobre ele que se realiza a medida de impacto no desempenho diário. (ANEXO III).

Neste questionário são analisados oito critérios chamados "atividades". Para a obtenção dos escores, cada uma dessas atividades é multiplicada por uma escala em que o paciente escolhe de 0 a 5 a frequência com que o referido problema o atrapalha. Em seguida se multiplica o número obtido pelo valor apontado, também pelo paciente em outra escala de 0 a 5, que informa a intensidade do problema. A pontuação máxima do indivíduo é de 200 ( $8 \times 5 \times 5 = 200$ , em que 8 = o número de perguntas, 5 = a graduação máxima da frequência e 5 = ao máximo da intensidade). O percentual da influência de cada item na vida diária é dado pelo valor obtido  $\times 100$  dividido por 200. Exemplificando: Se sorrir e mostrar os dentes atrapalham o paciente em larga escala, ele atribuirá o valor 5, da mesma forma que quando inquerido sobre a frequência do incômodo ele poderá dizer "sempre", o que equivale a 5 na escala de frequência. Desta forma  $1 \times 5 \times 5 = 25$  (para a questão sorrir e mostrar os dentes o paciente apresentava um escore de 25 pontos) que somado aos outros escores das outras perguntas resultará no número final, podendo chegar a 200.

Para o autor do índice, se for necessário conferir maior representatividade ao IODD na avaliação das necessidades de tratamento específicas, basta aplicar as tabelas de valores de frequência e severidade sobre os sintomas especificados pelo paciente, escolhidos por ele dentre os itens da pergunta 4. (ANEXO II).

A natureza multifatorial das más oclusões, as ansiedades do paciente, suas necessidades psicológicas, suas características oclusais e complexidade de tratamento fazem com que a mensuração seja dificultada. O ideal é a utilização de um método híbrido com componentes psicossociais e de saúde dental ou, então, a utilização de índices diferentes que mostrem a necessidade de tratamento e a importância deste na reabilitação social. O índice IODD não requer dificuldades em sua aplicação, é bastante objetivo e atende às necessidades por se adequar àquilo que se examina: más oclusões, doenças periodontais, ou outros problemas bucais.

#### 4.2. A evolução histórica das políticas de saúde e de saúde bucal no Brasil. Há espaço para a assistência ortodôntica?

Procedendo-se a análise das políticas de saúde no Brasil no Século XX, e fazendo-se um recorte para as políticas de saúde bucal, observa-se que a evolução passou por fases em que o tipo de tratamento era clientelista, excludente para a maioria da população, só atendendo aos sindicalizados, e os procedimentos realizados eram elementares. Nesta época, tratamento ortodôntico era quase uma utopia, não era realidade nem entre os cirurgiões-dentistas brasileiros. Quando as políticas preventivistas voltadas para o coletivo e à ampliação da cobertura passaram a figurar nos planos do Ministério da Saúde, um duro golpe na participação social neste processo foi dado com a ditadura militar e houve um retrocesso nos avanços no campo da Odontologia Sanitária. Nas práticas hegemônicas odontológicas, dominantes até pouco tempo no país, somente as elites tinham acesso ao aparelho ortodôntico, considerado por décadas um luxo. Com a redemocratização e a garantia constitucional do direito irrestrito a todos os benefícios fornecidos pelo Estado, com a garantia escrita de cobertura universal pelo setor saúde, ainda não se pôs em prática, no ramo da Odontologia, a dinâmica dos princípios constitucionais do SUS. Com base nesses princípios é que se pode discutir a incorporação da Ortodontia nas ações públicas de saúde bucal.

A prática odontológica no Brasil ao longo do Século XX passou por mudanças e ainda vem sofrendo transformações importantes quanto ao modo de prestação de serviços, à relação clientela-profissional e ao planejamento de políticas públicas de saúde. O cirurgião-dentista vivia isolado em seu consultório, executando uma prática curativa, centrada na doença, de caráter particular; ou quando era financiada pelo Estado tinha caráter excludente, clientelista e destinada à população contribuinte. No final do século, os avanços aparecem de modo significativo, com a interdisciplinaridade nos serviços, com a participação do cirurgião-dentista em equipes de saúde e com a democratização dos serviços prestados pela classe. Entretanto, ainda há exclusão quanto ao acesso a esses serviços e não há uma universalização de cobertura com o oferecimento de todos os tipos de ações. As políticas sanitárias

carecem, portanto, de uma maior participação do cirurgião-dentista, tanto em seu planejamento estratégico como na execução das ações.

Desde as décadas de 20 e 30, o padrão de intervenção do Estado brasileiro na área social estava vinculado à inserção do usuário no mercado formal de trabalho através de um sistema organizado por categorias profissionais nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP). Esses ofereciam assistência médica e odontológica desiguais com coberturas diferenciadas. As ações de atenção aos excluídos pelo desenvolvimento econômico eram desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (PÊGO et al, 2002). O modelo de assistência odontológica que se via era de predominância da prática privada que cobria a maior parte da população e os IAPs, oferecendo assistência dentária somente aos trabalhadores urbanos segurados, com a compra de serviços profissionais privados. Os serviços odontológicos tinham, portanto, seu financiamento dependente do salário do trabalhador e eram voltados somente ao reparo de condições já estabelecidas (cáries e perdas dentárias). A assistência em Ortodontia não era comum nem mesmo nos consultórios particulares, pois se tratava de uma especialidade elitizada da Odontologia e a formação profissional deveria ser feita no exterior.

Nos anos 30 e 40, com entrada em atividade de grandes IAPs no emergente sistema previdenciário brasileiro, o número de dependentes dos serviços aumentou sem que houvesse uma expansão da receita em níveis semelhantes. A assistência odontológica cresceu nas décadas seguintes e continuou por anos sendo de caráter curativo, voltada para o indivíduo e não para o coletivo. Os procedimentos permaneceram basicamente de mutilação (exodontias) ou curativos através de próteses e restaurações.

Na década seguinte surge uma modalidade estatal de prestação de serviços odontológicos (NARVAI, 1994). Essa assistência planejada idealizada pelos estudos dos Serviços Especializados de Saúde Pública (SESP)<sup>7</sup> de certa forma rompeu um pouco com os padrões do modelo hegemônico de Odontologia que permaneceu até a Constituição de 1988. Apesar de defender a coletividade nas ações de saúde, o discurso sespiano sempre afirmou a prática secundária complementar, não fazendo menção a

---

<sup>7</sup> Entidade para estudos em saúde criada em 1942 com a cooperação entre os governos do Brasil e EUA. Foi a responsável pelos primeiros programas de Odontologia sanitária no Brasil.

uma Odontologia com cobertura universal e igualitária nos serviços públicos. Contudo, os estudos do SESP, que eram reforçados pela primeira geração de cirurgiões-dentistas sanitaristas, influenciaram o Ministério da Saúde, que subsidiava as secretarias estaduais e municipais de saúde, e contribuíram de maneira significativa para a gênese da Odontologia sanitária no Brasil.

Nos anos 60 o regime militar excluiu os sindicatos das negociações para a implantação de programas de saúde, unificou os IAPs e criou o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Foi retirado do Ministério da Saúde o poder de formular as políticas de saúde. A atenção médico-odontológica era, então, assistencialista com a atenção básica em saúde legada a segundo plano. Havia, ainda, uma forte intervenção do Estado que comprava os serviços do setor privado (PÊGO, 2002). Este fato promoveu a organização das empresas médicas privadas, de Odontologia de grupo e o subsídio dessas empresas pelo Estado, aprofundando as desigualdades sociais. Fato exacerbado pela ausência de grupos da sociedade e que denunciava o empobrecimento crescente da população e a crescente demanda reprimida para o setor saúde no planejamento dessas ações (PÊGO, 2002).

A implantação do Plano de Reorientação da Assistência Odontológica (PRAOD), na década de 70, pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde (CONASP) possibilitou a implementação de diversos programas de saúde bucal pelas secretarias estaduais e municipais de saúde. Mas a assistência continuava, segundo NARVAI (1994), sob o comando Federal, centrada no indivíduo doente, realizada por um sujeito individual – o cirurgião-dentista em um ambiente clínico-cirúrgico-, caracterizando a Odontologia de mercado. Os serviços eram contratados a uma clínica odontológica que firmava um convênio com determinada empresa, e o INAMPS repassava a essa o valor referente aos serviços da clínica.

Com a crise que se abateu sobre os países em desenvolvimento, inclusive no setor saúde, nos anos 70, tornou-se necessária uma nova filosofia de prestação de serviço para suprir a crescente demanda para o setor saúde. A medicina científica (privativista e excludente), então praticada, abriu as portas a uma nova forma de prática médica: a medicina comunitária amplamente discutida e defendida na Conferência Internacional de Saúde de Alma - Ata em 1978. A medicina comunitária consistia na

execução de procedimentos de baixo custo com a utilização de recursos humanos de menor qualificação e dirigida à camada menos favorecida da população (WERNECK et al., 2000).

Este tipo de política para a prática médica foi seguido pela Odontologia comunitária que veio com o nome de Odontologia simplificada e visou reorganizar a prática odontológica e a atenção primária de saúde nos serviços odontológicos, contrapondo-se ao modelo vigente, em que se via, além do agravamento das condições de saúde, um atendimento que continuava individualizado, dependente de tecnologia, curativo, de altos custos, pequena produtividade e baixo impacto. Os elementos essenciais da odontologia simplificada, para WERNECK et al. (2000) eram:

- a diminuição de passos clínicos em algumas técnicas (sem perder a qualidade final);
- enfoque preventivo;
- racionalização do espaço físico e do material de consumo (ambiente de trabalho mais prático);
- simplificação de instrumental;
- padronização para a utilização do material de modo rápido e eficiente;
- utilização de pessoal auxiliar de níveis técnico e auxiliar no trabalho a 4 e 6 mãos.

Somado a isso deveria haver estímulo à produção local de equipamentos e materiais de consumo mais simples e mais baratos, pois a maior parte dos instrumentos utilizados em Odontologia era importada, o que elevava ainda mais os custos. Essa solução foi adotada pelos países em desenvolvimento que se encontravam à margem da industrialização. A tecnologia produzida era intermediária e de baixo custo, adequada ao local e ao modelo de atenção primária. WERNECK et al. (2000) também escreveram sobre a presença do incentivo à hierarquização e regionalização como políticas, nos ideais da Odontologia simplificada, bem como o controle social. Era um prenúncio das mudanças mais sólidas que seriam implantadas na saúde na próxima década.

Embora a Odontologia simplificada tenha logrado grande aceitação e possuíse vantagens como a desmonopolização do saber com a formação de equipes e a delegação de funções técnicas, o modelo não teve como determinantes as condições do processo saúde/doença, nem a ruptura do conceito antigo da cura. Limitações que em pleno avanço dos conceitos de saúde coletiva, de prevenção e de promoção de saúde fizeram com que esta prática fosse aos poucos abandonada. Apesar de ser uma crítica ao modelo hegemônico, a Odontologia comunitária viveu em conflito com aquele, e mesmo que haja caído em desuso, seus princípios representaram um avanço significativo na prática odontológica.

Ainda na década de 70, houve na América Latina uma generalização dos processos de reforma na saúde, muito em decorrência da falência dos modelos de desenvolvimento dos países da região que não cresciam de maneira suficiente a suprir sua população das exigências para um bem-estar social. Era preciso mudar o Estado que não correspondia mais a uma garantia eficaz de proteção social, frente aos novos padrões competitivos internacionais (CORDEIRO, 2001; PÊGO et al, 2002).

A situação político-econômica do Brasil era propícia, assim como clamava por reformas no modelo assistencial como um todo. O país viveu nos anos 80 uma crise econômica sem precedentes, associada ao resgate da afirmação democrática e da cidadania, processos paralelos mas inversos e que aceleraram a implantação de um programa reformista na saúde. Contudo, a deterioração econômica e os avanços democráticos não são passíveis de uma análise simplista que considera o primeiro fato somente negativo e o segundo somente positivo. A política viveu grandes reestruturações de ordem democrática, mas experimentou a ingovernabilidade gerada pela incerteza. A economia com problemas internos e externos, também passou por uma "revolução microeconômica", logrando superávits comerciais significativos (FIORI et al., 1994). Esse cenário político-econômico forneceu solo fértil para as ideologias e ações que culminaram com a criação do SUS.

O conceito de Saúde Coletiva, formulado pelos sanitaristas-coletivistas, ganhou forças e fez com que se institucionalizasse um novo campo de conhecimento. Este foi a negação da prática médica operadora de um modelo indesejável de atenção à saúde e a oposição ao modelo de saúde pública tradicional. Ao mesmo tempo os

sanitaristas-coletivistas reclamavam por transformações sociais. Por outro lado, deram uma nova estruturação à saúde pública, com ênfase à dimensão histórica das doenças e à transformação social que viria das políticas públicas (PIMENTA, 1993).

No setor odontológico várias foram as entidades (UNEO, MBRO)<sup>8</sup> que promoveram movimentos que visaram mudar os conceitos de saúde bucal, expressando o pensamento crítico da categoria contra o modelo hegemônico em vigência e contra o neoliberalismo que já se delineava nos horizontes da América Latina. O movimento sanitarista odontológico lutou por essa mudança (de cunho social, político e econômico) que possibilitaria a implementação de mudanças no sistema de saúde que garantiriam equidade e universalização nestes serviços, incluindo a Odontologia. Esses tópicos foram debatidos em Encontros Científicos dos Estudantes de Odontologia (ECEOS)<sup>9</sup>, nos Encontros Nacionais de Administradores e Técnicos de Serviços Públicos Odontológicos (ENATESPOS)<sup>10</sup> (SERRA, 1998). A Odontologia não poderia ser isolada das questões sociais tão importantes em debate na época.

O advento da Nova República (1985-1989) possibilitou que os sanitaristas coletivistas ocupassem postos importantes no comando das principais instituições do setor como INAMPS, Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS), Fundação Instituto Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), podendo colocar em prática algumas propostas que tendiam a diminuir as desigualdades sociais (PAIM, 1992; PÊGO, 2002). Dentre elas, a descentralização dos serviços que veio a demandar uma reforma tributária e a participação de atores e forças políticas locais na formulação de políticas públicas de saúde e na posterior institucionalização do SUS (PAIM, 1992; PIMENTA, 1993; PÊGO 2002).

<sup>8</sup> A UNEO foi criada em 1954 e foi uma das mais importantes expressões do movimento estudantil odontológico brasileiro, lutando pela democracia, por melhor formação profissional e contra a elitização dos serviços odontológicos. O MBRO foi um movimento fundado por professores universitários, lideranças sanitaristas odontológicas, que prontamente se colocou ao lado dos reformistas da saúde e ao lado da saúde coletiva. O movimento ganhou força por ter se articulado com as lideranças sanitaristas-reformistas nas universidades e nas divisões de saúde dos três níveis da federação.

<sup>9</sup> Nos ECEOS, realizados no final da década de 70 e na década de 80, eram discutidas as mudanças que deveriam ser emplacadas para que a saúde fosse vista e tratada dentro do complexo social em que está inserida e não somente no que tange ao aspecto biológico. Uma Odontologia popular era almejada.

<sup>10</sup> O I ENATESPO aconteceu em 1984 em Goiânia e se caracterizou por um movimento da classe odontológica criado em uma época em que os cirurgiões-dentistas reformistas assumiam postos nos recém eleitos governos municipais e estaduais, com o objetivo de alcançar uma posição de igualdade da Odontologia com as demais subáreas da saúde e uma maior representatividade da classe odontológica nas comissões técnicas da área da saúde.

As propostas de reestruturação sanitária se tornou de domínio público durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), organizada pelos sanitaristas, realizada em Brasília em 1986. A formulação de um conceito de saúde correlacionado com as condições de vida, trabalho e lazer e a criação de um Sistema Único de Saúde foram os baluartes dessa conferência (PEGO, 2002) Nesta ocasião, o embate entre o público e o privado se intensificava. O último, radicalmente contrário às reformas, uma vez que essas iriam de encontro com seus interesses mercantilistas. Aqui este setor é representado por clínicas e hospitais credenciados pela Previdência Social, organizações de medicina de grupo, cooperativas médicas e odontológicas, empresas seguradoras e indústrias de medicamentos e equipamentos médico-odontológicos (PAIM, 1992).

Sem dúvida alguma o ponto culminante da VIII CNS foi a idealização do SUS, com sua posterior inclusão na Constituição e a operacionalização na década seguinte. O SUS despontava como uma verdadeira democratização na saúde. Seus principais princípios eram os de :

**Eqüidade-** Significando livre acesso a todos os níveis de ações de saúde de acordo com a complexidade do caso. Este princípio visa diminuir as desigualdades sociais. Mostra que as pessoas sendo diferentes têm necessidades diferentes, assim os diferentes problemas devem ser tratados de maneiras diferentes. Para LEVCOVITZ (1997, p.133):

*"O princípio eqüidade qualifica o direito- ausência de barreiras de acesso- no sentido da discriminação positiva: a cada um de acordo com as suas necessidades."*

E conforme a definição de ALLEYNE (2001, p.3), diretor da *Pan American Health Organization* (PAHO) e baseado em conceitos da *World Health Organization* (WHO):

*"Eqüidade é a justiça de acordo com a lei ou direito natural; especificamente: é a libertação do favoritismo(...) ou é o estado ideal, ou qualidade de ser justo imparcial (...)"*

**Universalidade-** É a garantia de atenção à saúde por parte do sistema a todo e qualquer cidadão. A saúde passa a ser direito de todos e dever dos municípios, estados e união.

Como definiu LEVCOVITZ (1997, p.132):

*"(...) a universalidade é considerada como ausência de barreiras de acesso aos serviços e ações do sistema de saúde, através da igualdade formal de direitos(...) A Universalidade se opõe ao grau máximo de iniquidade: a exclusão."*

**Integralidade-** As ações de saúde em todos os setores (coletivas, curativas e preventivas) são indivisíveis. Assim como, cada pessoa é um todo individual, integrante de cada comunidade.

*"A expressão assistência integral à saúde surge da necessidade de estabelecer um conceito que supere a grande dicotomia saúde coletiva x assistência médico-hospitalar, também nas antíteses preventivo/curativo e individual/coletivo(...) A integralidade pressupõe a oferta de serviços das mais variadas naturezas e graus de complexidade, e implica a redefinição do universo de práticas de saúde(...)" (LEVCOVITZ, 1997, p.137)*

Além dessas diretrizes, eram também propostas do SUS: a descentralização administrativa com o fortalecimento dos municípios e estados; o controle social com a criação dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, que seriam o braço da sociedade organizada na programação e no controle das ações. Tais medidas refletiam a democracia recém instalada no país e visavam, através das políticas públicas, aumentar o nível de vida da população e diminuir as desigualdades sociais agravadas também pelo quadro econômico.

A reação política da área odontológica ao modelo neoliberal também, a exemplo da área médica, fez-se presente simultaneamente à VIII CNS, com a Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), realizada em Brasília em outubro de 1986. Ficava claro que a expansão dos serviços pelo Estado, a municipalização e o controle das ações de saúde pela população organizada eram imprescindíveis. A I CNSB significou a inserção definitiva do movimento odontológico no projeto de reforma sanitária brasileira.

O MBRO teve participação marcante na I CNSB, e dentre as diretrizes aprovadas na conferência - que seriam enviadas à Assembléia Nacional Constituinte, pode-se destacar a implantação de um Sistema Único de Saúde com serviços universalizantes e igualitários, administração descentralizada (municipalização) com

fortalecimento do poder local e com o controle efetivo pela população, através dos conselhos de saúde e atenção integral a todos os níveis de prestação de serviços em saúde (SERRA, 1998). Para PAIM (1992) a municipalização foi uma das mais significativas mudanças que constaram na agenda das elaborações de políticas públicas de saúde.

A Constituição de 1988 viria a coroar com a "conquista" de uma Seguridade Social igualitária as lutas vindas de décadas por parte dos intelectuais, sanitaristas, políticos e profissionais que participaram como atores na formulação do SUS. Essa conquista se contrapôs firmemente a um paradigma neoliberal privativista. Mas para DAIN (1998), as ideologias político-econômicas recessivas, que pregam o equilíbrio das contas públicas e o Estado mínimo, pegaram a América Latina no contrapé, justamente num momento que aqui havia uma nuance de realização dos anseios de construção e ampliação dos sistemas de proteção social. Esta ficou, então, já em sua gênese, reduzida e subordinada a um mercado senhor absoluto na globalização, tendo que passar por um processo de privatização forçada.

A nova Constituição aprovou um *welfare State* nos modelos europeus com benefícios universais independentes do vínculo contributivo. Houve a criação do Orçamento da Seguridade Social dirigido ao financiamento da saúde, assistência e seguridade social. Porém, pouco se discutiu no Congresso constituinte sobre a forma de financiamento desses novos direitos, aprovando-se medidas redistributivas sem garantias de seu financiamento. O fato introduziu no texto da Constituição várias ambigüidades e incoerências ditadas pelo "centrão".

O SUS era uma realidade, enfim. Todavia, houve dificuldades em sua institucionalização plena. Dificuldades essas de ordem política, social e operacional, ficando adiada para a década seguinte sua regulamentação através das leis 8080/90 e 8142/90 e das Normas Operacionais Básicas (NOB) 91, 93 e 96, que estabeleceram a forma de pagamento das ações de saúde e versavam sobre as instâncias governamentais e relações entre municípios, estados e união na gestão da saúde.

NARVAI (1994) chamou a atenção para a forte oposição ao movimento reformista-sanitarista por parte, também, das empresas de medicina de grupo e

fabricantes de materiais ligadas ao setor odontológico, assim como de burocratas e profissionais não comprometidos com as reformas. Foram eleitos para a Assembléia Nacional Constituinte cirurgiões-dentistas patrocinados por essas entidades, com o intuito de promover *lobbies* no Congresso para que se vissem defendidos os interesses privatistas na Constituição. Que se pese ainda a subordinação de muitos sindicatos odontológicos aos interesses do setor privado, e ainda a fragmentação das entidades representativas da classe odontológica, que por serem inúmeras, não se entendiam, movidas por interesses particulares na grande maioria das vezes.

Ainda em 1988, foi criada a Divisão Nacional de Saúde Bucal (DNSB), vinculada ao Ministério da Saúde que com poucos recursos e uma base de dados epidemiológicos apenas razoável, trabalhou junto à Coordenação de Saúde Bucal do INAMPS para a realização de políticas de saúde bucal e integração da Odontologia com os demais setores da saúde. Entretanto, não houve a implementação plena dos preceitos democráticos e reformistas aprovados na VIII CNS e na I CNSB, principalmente os que dizem respeito à universalização e equidade. E o acesso da população aos serviços odontológicos ainda está muito limitado e os serviços não chegaram à esfera secundária ou terciária, cobrindo todos os procedimentos odontológicos, como previsto na Constituição. Não se tem notícias, ainda, de tratamento odontológico completo ou complexo, incluindo a Ortodontia, em níveis públicos. O setor privado lobista ganha mais uma batalha conseguindo manter sob seu domínio esta supostamente rentosa especialidade odontológica, a Ortodontia, e os já marginalizados são mais excluídos ainda do acesso a esse tipo de tratamento.

Paralelamente às reformas, o setor privado se reorganizava sob os olhos passivos dos governantes da Nova República, com um crescimento desregulado do mercado de serviços de saúde. No seu nascedouro a Seguridade Social teve seus recursos diminuídos e o Orçamento da Seguridade Social não foi respeitado com a homogeneização do neoliberalismo pelo governo Collor (1990-1992) e pelo governo FHC (1994) quando o Brasil passou a aceitar claramente as regras impostas pela comunidade financeira internacional para que o equilíbrio macroeconômico pudesse ser mantido (ALMEIDA, 1999; CORDEIRO, 2001).

Com o ajuste neoliberal, os direitos sociais passaram a constituir um empecilho às implementações das reformas e as supostas distorções do Estado, ou seja, seus gastos com o social foram transferidos para o setor privado. A execução de serviços como educação, saúde, pesquisa científica, vem sendo privatizada em consequência. Durante o governo Collor algumas medidas aumentaram a competitividade entre as empresas privadas prestadoras de serviço, fazendo com que os seguros privados passassem por franca ascensão. Esta competitividade, agravada pelo subfinanciamento do SUS, expulsou uma clientela potencial para esses seguros e, além desse fato, essas empresas eram e ainda são beneficiadas por isenções fiscais. Um levantamento feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1998 revelou que pouco menos de 25% da população está coberta por algum tipo de plano ou seguro de saúde, o que significa que 75% continuam dependendo do sistema público, cada dia mais desmontado (NORONHA et al., 2001).

VIANNA (2000) afirmou que o "ótimo abstrato" que consta na Lei se transformou em um "péssimo concreto" que na prática fez com que a universalização dos serviços de saúde viesse a reduzir o sistema público ao atendimento à classe mais pobre e com baixa capacidade de expressar insatisfação com o Estado. As pessoas assalariadas e de melhor poder aquisitivo foram obrigadas a aderirem a planos de saúde privados ou de medicina de grupo com cobertura seletiva. O mercado passou a regular os preços da "saúde privada" de acordo com a renda de quem podia comprá-la.

E a Saúde Bucal, logicamente, seguiu os rumos impostos pela situação com a assistência odontológica previdenciária, vivendo, da mesma forma que a médica, as transformações impostas pelo projeto privativista desde a década de 70, com a expansão dos convênios, a formação das odontologias de grupo, a industrialização de equipamentos odontológicos sofisticados e a mercantilização do setor (SERRA, 1998). O Estado cada vez se responsabilizando menos pelos serviços prestados e esses cada vez menos acessíveis e destinados a uma pequena parte menos exigente da população. Sob a ótica da odontologia, as pessoas de melhor situação financeira foram impelidas para os planos odontológicos que, muitas vezes, são excludentes quanto à cobertura de procedimentos, incluindo os procedimentos ortodônticos (PINTO, 2000), pois a maioria dos seguros ou planos odontológicos não fornece assistência total, excluindo os

procedimentos ortodônticos de sua cobertura. Tais procedimentos são classificados – grosseiramente - como estritamente estéticos. Até o setor privado passa, assim, a assumir facetas excludentes.

Deve-se levar em conta aqui a pouca fiscalização do governo sobre os grupos privados prestadores de serviços de saúde, pois, muitas vezes, há restrições quanto à cobertura do tratamento de determinadas patologias e uma baixa qualidade na assistência prestada. Essas agências, amparadas pelo Estado, estão cobrando duplamente do usuário que recolhe seus impostos e paga pela prestação de serviços. No serviço público não há qualquer sinalização no sentido de que se possa atingir a equidade, integralidade e a universalização na prestação de serviços odontológicos, principalmente, com a inclusão dos serviços para uma clientela de baixo poder aquisitivo e necessitada, sendo selecionada de acordo com as suas necessidades por critérios biológicos econômicos e psicossociais. Torna-se imperioso o despertar da atenção dos gestores para esta questão, com uma proposta exequível e prática que possa explicitar uma política de saúde bucal que inclua a Ortodontia em suas ações.

#### 4.3. As políticas de saúde bucal em Juiz de Fora

A cidade de Juiz de Fora está entre as três maiores cidades do estado de Minas Gerais. Situada na Zona da Mata mineira e ocupando uma área de 1.439 km<sup>2</sup>, a cidade possui uma população total de 456.432 habitantes, segundo o censo IBGE (2000). Havendo sido o primeiro pólo industrial do estado, até os dias atuais guarda estreitas relações com o setor. Segundo dados do Anuário Estatístico da UFJF (2001) e dados da Fundação João Pinheiro (2000), as indústrias são a segunda fonte de arrecadação da cidade, perdendo para o comércio apenas. Desta forma, o setor industrial é a terceira fonte de empregos no município.

Juiz de Fora conta com um PIB *per capita* de R\$ 6,2 mil, uma das mais altas expectativas de vida do Brasil e o segundo maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado de Minas Gerais, conforme Anuário Estatístico da UFJF (2001). (Quadro 2). Também se destaca pela alta qualidade de vida média da população e pelo grande número de investimentos empresariais, devido a sua excelente infra-estrutura.

Quadro 2- Alguns indicadores socioeconômicos de Juiz de Fora

Juiz de Fora	números
PIB/1999 (Municipal) ***	R\$ 2,46 bilhões
População Economicamente Ativa 1998***	233.054
IDH/1991 **	0,832
PIB per capita/ 2000*	R \$ 6,2 mil
Receita Prefeitura Municipal (2001)**	R\$ 292.723.444,00
Arrecadação tributária Federal (2001) **	R\$ 520.562.271,00
Arrecadação Tributária Municipal(2001) **	R\$ 71.810.185,00
Habitantes*	456.796
Esperança Média de Vida (2001)**	73,8 a ( homens) 82,6 a.(mulher)
Fundo de participação Município -2000*	R\$ 11.077.834,08
Despesas orçamentárias com saúde-1997***	F\$ 75.684,758
Arrecadação de ICMS/2001**	R\$ 228,4779.029,57

Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, baseados nos dados \* Censo IBGE-2000;\*\* Anuário Estatístico da UFJF 2002; e \*\*\* Fundação João Pinheiro (2000).

A população da cidade se encontra distribuída conforme o quadro 3, em que se vê a grande maioria de habitantes com menos de 40 anos. Sendo que a população infantil e jovem com menos de 20 anos é de aproximadamente 35% do total de habitantes (Quadro 3).

Quadro 3- Distribuição percentual da população de Juiz de Fora de acordo com o grupo etário

Grupo Etário	%
00 a 04	8%
05 a 09	8%
10 a 19	18%
20 a 29	17%
30 a 39	16%
40 a 49	14%
50 a 59	9%
60 ou mais	11%

Fonte: IBGE, Censo 2000

O município vem se firmando como um dos mais importantes pólos de assistência em saúde do estado de Minas Gerais. A presença da UFJF como formadora de recursos humanos altamente qualificados, o grande número de cursos profissionalizantes de nível médio e superior na área, uma boa infra-estrutura em hospitais e clínicas (há 17 hospitais, sendo 10 da rede privada), além de um investimento de 25% de seu orçamento em saúde e a presença marcante de um Conselho Municipal de Saúde, fizeram com que a cidade se tornasse um pólo de referência macrorregional para as cidades da região em procedimentos de alta e média complexidade. O montante populacional atendido pelas instituições de saúde da cidade pode chegar a 2000.000 de pessoas.

Juiz de Fora se encontra na gestão plena do SUS desde 1998 (PORTARIA 3061 de 24/06/98 DOU, 119), o que implica em dizer que o município gerencia todos os recursos para a assistência à saúde repassados pelo Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, através do PAB (Piso de Atenção Básica, no valor de R\$ 10,00 habitante/ano)( NOB/96 SUS).

No setor odontológico, encontram-se atuando na cidade 1164 cirurgiões-dentistas inscritos no Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais (CRO-MG), sendo que desses, 34 são ortodontistas. O serviço público municipal gastou 3,47% do

orçamento em saúde com a saúde bucal no ano 2000, segundo os Relatórios Técnicos da Secretaria Municipal de Saúde (2000). A prefeitura emprega 127 cirurgiões-dentistas e não há a provisão do cargo de ortodontista. Os ortodontistas que atendem pela Prefeitura Municipal atuam em procedimentos restauradores similarmente aos colegas generalistas. Todos os outros ortodontistas de Juiz de Fora atuam no setor privado em clínicas ou consultórios, segundo o CRO-MG - Delegacia Regional de Juiz de Fora (2003).

Embora não haja registros históricos de documentos na área de Saúde Bucal disponíveis para consulta, é notória a boa infra-estrutura da prestação de serviços públicos à população. Esses são executados em níveis primários e secundários. São adotadas duas formas de atenção básica em saúde bucal no município: o projeto Saúde Bucal para a Infância e Adolescência (SABIA) e o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O SABIA atende as crianças de 0 a 14 anos em unidades montadas nas creches e escolas municipais e estaduais. Nesses consultórios são empregadas técnicas de Odontologia simplificada, e as crianças recebem tratamento preventivo e curativo (restaurações, exodontia de dentes decíduos); as exodontias de dentes permanentes são encaminhadas às UBS ou unidades de referência. Dezesseis equipes urbanas e duas rurais, podendo ter um ou dois cirurgiões-dentistas e um ou dois Técnicos em Higiene Dental (THD), são responsáveis pelo referido serviço e trabalham nesses locais que, estrategicamente, atendem a uma ou duas regiões sanitárias do município (são 12 no total). Esta divisão visa facilitar o acesso da população e o gerenciamento dos serviços.

Outra referência para a prestação de atenção básica em saúde bucal em Juiz de Fora são as UBS, 39 distribuídas nos principais bairros e centro da cidade. Em 27 dessas unidades a exemplo das escolas, são oferecidos procedimentos de baixa complexidade a toda a população, como exodontias, restaurações e também procedimentos preventivos. As UBS atendem a todas as faixas etárias, por livre demanda com abertura de agenda quinzenalmente e o agendamento subsequente das consultas até que o tratamento seja concluído. O cirurgião-dentista trabalha sozinho, na maior parte das UBS, marcando a carência de recursos humanos de níveis auxiliar e técnico.

Se houver necessidade de uma intervenção mais especializada, os pacientes são encaminhados (referência e contra-referência) à UBS-Centro que oferece atenção secundária a todos, priorizando os alunos atendidos pelo projeto SABIA. A UBS-Centro conta com os serviços especializados de três endodontistas, três cirurgiões buco-maxilo-faciais, odontopediatras e odontogeriatra, além de prestarem serviços radiológicos e de restaurações estéticas. Contudo, não há especialistas em Ortodontia no exercício da função, nem a realização de procedimentos ortodônticos. Já os casos de urgência e emergência são atendidos na UBS Regional Norte e no Pronto Socorro Municipal.

Na UBS Regional Leste funciona o Centro de Atenção a Pacientes Especiais (COAPE) que atende a pacientes portadores de necessidades especiais. Neste centro há uma equipe multidisciplinar: médicos, dentistas, psicólogos. Os procedimentos odontológicos são feitos, inclusive, sob anestesia geral. Outro programa, o Serviço de Assistência Especializada (SAE) atende pacientes portadores de necessidades especiais e portadores de HIV. Neste programa há também a atuação de uma equipe multidisciplinar e multiprofissional para o trabalho com os doentes. Os serviços prestados nessas unidades de saúde são referência para toda a região da Zona da Mata mineira.

Os servidores públicos municipais e seus dependentes são atendidos na policlínica dos servidores. Além dos procedimentos básicos aí oferecidos, os usuários contam também com os trabalhos de prevenção e interceptação das más oclusões dentárias nos pacientes até 8 anos de idade, executados por um ortodontista.

Todos os casos que necessitam de uma intervenção terciária (próteses, implantes e ortodontia total) são encaminhados para a UFJF, que, conveniada com o SUS, presta em pequena escala serviços gerais em Odontologia à população. Esta Universidade é, então, a referência para este tipo de atendimento e deveria priorizar a demanda vinda das UBS e do SABIA para o eficiente funcionamento do sistema de referência e contra-referência, garantindo, portanto, o acesso da população de baixa renda aos serviços.

Apesar da cidade contar com 56 equipes de saúde da família, não há em nenhuma delas a presença de um cirurgião-dentista ou equipe de saúde bucal (ESB). Talvez tal fato ocorra por escassez de recursos humanos ou financeiros. A inclusão desses profissionais no programa faria com que a demanda fosse mais direcionada, além de implicar em um trabalho preventivo e interceptativo com a população.

É notória a qualidade da infra-estrutura do município de Juiz de Fora na área de Odontologia, associada a uma qualificada equipe nos recursos humanos. Entretanto, um melhor planejamento deve ser adotado e o sistema de referência carece de reestruturação. A otimização desse sistema fará com que a população de Juiz de Fora SUS-dependente, com rendimentos entre 0 e 5 salários mínimos mensais (LEITE 2002), que hoje é de 77,53% da população total, segundo os RELATÓRIOS TÉCNICOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (2000), possa acessar com equidade todos os tipos de serviços odontológicos.

Nos últimos anos houve, na cidade, uma redução drástica no índice CPO-D (Dentes Cariados Perdidos e Obturados). De acordo com LEITE (2002), no inquérito epidemiológico conduzido pela Prefeitura Municipal em 2002, que estimou a prevalência de cáries e doenças periodontais nas crianças escolares de 04 a 14 anos, o índice CPO-D em Juiz de Fora foi de 1,8 aos 12 anos sendo inferior ao preconizado pela OMS que seria de 3,0 para a mesma idade. O mesmo índice em Juiz de Fora é inferior ao nacional que, segundo PERES et al. (2002), é de 4,8 para a mesma faixa etária. Entretanto, essa estatística nacional é do ano de 1996 e deve-se considerar o crescente declínio da cárie no país que, no presente, deve mostrar mudanças significativas. Outro achado importante foi a incidência de cáries em determinadas idades. Segundo a OMS no ano 2000, aos 5 anos, 50% das crianças deveriam estar completamente livres das cáries. Em Juiz de Fora apenas 34% das crianças na faixa etária se encontram nesta situação.

O índice que mede a prevalência de doenças periodontais também se mostrou em níveis satisfatórios em alguns aspectos, nas idades examinadas (de 4 a 14 anos). O sangramento gengival, condição 1 deste índice, se mostrou presente em 22% das crianças; e a condição 2- presença de cálculo subgengival- ocorreu em 15% da

amostra. Já a saúde periodontal (condição 0) foi detectada em 49% das crianças (LEITE, 2002).

Talvez pela ausência de serviços ortodônticos nos ambulatórios municipais, a prevalência das oclusopatias na população escolar juizforana não foi aferida, ficando em aberto a questão. Aqui se chama a atenção para a necessidade de que se proceda este exame, passo fundamental para uma virtual incorporação a essa assistência da Ortodontia, o que é amplamente cabível e exequível no município, ainda que através de um convênio com a UFJF que dispõe de infra-estrutura e recursos humanos especializados para tal. Esta instituição continuará sendo a referência para os pacientes oriundos do SUS.

#### 4.4. A experiência da Faculdade de Odontologia da UFJF no tratamento ortodôntico para a população carente.

A UFJF, fundada em dezembro de 1960, é o principal pólo formador de profissional da Zona da Mata mineira. A universidade oferece 40 cursos nas diferentes áreas do conhecimento, além de oferecer vários cursos de Especialização, cursos de Mestrado e um curso de Doutorado. Vinculados à Universidade ainda existem o Colégio de Aplicação João XXIII e o Colégio Técnico Universitário. O total de alunos matriculados na instituição foi de 13.316, em 2001, segundo o Anuário Estatístico de Juiz de Fora (2002).

A universidade, além de introduzir o aluno na vida acadêmica com o ensino, é voltada para a pesquisa, onde existem atualmente 58 núcleos nas mais diferentes áreas, e para a extensão que abre suas portas para a comunidade.

Serviços diretos são prestados à população, especificamente na área da saúde, com destaque para o Hospital Universitário e para a Faculdade de Odontologia. A Faculdade oferece à população serviços nas diferentes áreas odontológicas. O atendimento é feito nas clínicas de graduação pelos alunos das disciplinas de odontopediatria, radiologia, endodontia, periodontia, prótese odontológica, cirurgia ortodontia preventiva e dentística.

A Faculdade oferece ainda 8 cursos de Especialização: Odontologia em Saúde Coletiva, Endodontia, Implantodontia, Prótese, Radiologia, Dentística, Odontogeriatrics, Atendimento a pacientes com necessidades especiais e Ortodontia e Ortopedia Facial.

Nas clínicas de especialização e graduação são atendidos pessoas da comunidade, funcionários e alunos da UFJF. O ingresso para o tratamento em qualquer clínica da graduação fica condicionado à apresentação de um encaminhamento (para controle de referência e contra-referência) de um cirurgião-dentista da rede pública. O formulário é preenchido pelo profissional que direciona o paciente para uma clínica específica. Nas clínicas das especializações, a entrada para tratamento fica a critério do próprio curso, o que pode, às vezes, gerar uma realidade excludente e iníqua, embora essas clínicas também recebam pacientes com referência do Serviço Municipal de Saúde.

Por ser uma prestadora marginal de serviços de saúde, a Faculdade é conveniada ao SUS, de quem recebe um repasse financeiro referente aos procedimentos executados nas clínicas de graduação. Este sistema é falho, pois a tabela apresenta valores defasados, demasiadamente baixos e são constantes os atrasos no repasse da verba, prejudicando o bom funcionamento do atendimento.

Procedimentos ortodônticos interceptativos e preventivos são feitos pelos alunos de graduação nas clínicas de Odontopediatria I e II e Ortodontia II e paralelamente os pais e pacientes são esclarecidos sobre as causas e conseqüências das más oclusões, consolidando a prática da prevenção e interceptação das mesmas. Pelos procedimentos aí realizados são repassados à Faculdade, os valores da tabela do SUS para esses serviços. A população atendida nas referidas clínicas não será alvo do presente estudo, pois os procedimentos aí realizados são de menor complexidade, e possíveis de serem executados por um clínico geral. A demanda é grande para essas clínicas, mas há um número grande de alunos que a absorvem, e o acesso ao tratamento fica condicionado à apresentação de uma ficha de encaminhamento do SUS. Geralmente, os procedimentos de interceptação são de baixo custo ou sem custo algum com materiais, no caso dos procedimentos preventivos, e podem, a qualquer tempo, fazer parte das ações odontológicas básicas executadas no PSF ou nas clínicas das UBS.

A Ortodontia curativa é praticada desde a criação em 1999 do curso de Especialização em Ortodontia e Ortopedia Facial. Desde o início de 2000, com funcionamento da CO os pacientes, em número crescente e que hoje chega a 226, são atendidos regularmente pelos pós-graduandos. O serviço cobre uma clientela, geralmente de baixo nível sócioeconômico e que, impossibilitados de arcar com os custos de um tratamento particular, enfrentam grandes filas de espera. É notório também o direcionamento do atendimento aos funcionários e seus dependentes e aos alunos da instituição. O tratamento não é completamente gratuito, mas não deixa de ser uma oportunidade para as pessoas de baixa renda com necessidade de sofrer uma intervenção ortodôntica. Embora o objetivo da clínica seja a formação de especialistas, e esta não tenha finalidade lucrativa nem ligação com o SUS ou rede pública de saúde, os atendimentos ali realizados podem ser direcionados para uma ação social. Pode-se otimizar essa importância com a parceria com a rede municipal de saúde, através de uma triagem de pacientes que priorize os casos mais graves e os dependentes do sistema público de saúde.

A montagem da aparatologia é gratuita, custeada pelos alunos do curso. Mensalmente é paga pelo paciente uma quantia estipulada pela Universidade que determina que todos os cursos de especialização sejam auto-sustentáveis financeiramente, o que obriga a essa cobrança. Mesmo sendo um programa co-financiado (aluno-Universidade-paciente) já contribui para a diminuição das iniquidades de acesso à saúde bucal. A grande limitação presente é a encontrada no sistema de triagem. Os pacientes são inseridos no tratamento por ordem de inscrição e não são submetidos a critérios de seleção, nem biológicos, nem psicossociais ou econômicos.

Os pacientes indicados para a CO, ao iniciar o tratamento, são examinados pelo aluno de especialização que preenche uma Ficha Clínica de Consulta (ANEXO IV) com seus dados pessoais, endereço, sexo, profissão, escolaridade, assim como os dados de seus responsáveis. Em seguida, com um exame clínico minucioso o profissional constata o estado geral de saúde bucal do paciente. São analisados itens como:

- i) interferência da má oclusão no padrão respiratório, e/ou vice versa;

ii) interferência na sua fonação, na articulação dos fonemas. O cirurgião-dentista classifica a fonação em normal ou atípica, dependendo do quadro clínico;

iii) presença ou ausência de sintomatologia nas ATM. O exame físico mostra se há alterações nessas articulações ou se elas se encontram em estado de normalidade. Subjetivamente o paciente relata a presença de dores ou outros sintomas;

iv) os hábitos bucais do paciente. O profissional registra se há ou não a presença de um hábito bucal nocivo à oclusão;

v) o padrão de deglutição do paciente, em que é avaliada a prática de uma deglutição normal, conforme os padrões, ou se é atípica, influenciada pela má oclusão ou não. Também é avaliado aqui o padrão mastigatório do paciente;

vi) presença ou ausência de dentes que é constatada por uma contagem, minuciosa dos dentes;

O profissional, nesta ficha, ainda registra a procedência do indivíduo, se a demanda para o tratamento foi espontânea ou se houve indicação por um profissional do SUS, se foi encaminhado pelo serviço particular, se já estava em tratamento em outra clínica da Faculdade ou se é aluno ou funcionário da UFJF.

O paciente, orientado pelo cirurgião-dentista, responde, em uma etapa seguinte, um questionário psicossocial (ANEXO V) que versa sobre sua auto percepção quanto a sua má oclusão, sua intenção e vontade de realizar o tratamento e os motivos subjetivos que o levaram a decidir se tratar na clínica, se foi por problemas de inserção social, se foi por problemas de disfunções orais ou por questões de auto-estima. O instrumento visa informar ao profissional se há uma forte motivação por parte do paciente quanto ao tratamento. No questionário o entrevistado informa:

i) o que mais lhe chama a atenção em seus dentes; se são as cáries a coloração ou o posicionamento dos mesmos;

ii) se o posicionamento dos dentes afeta sua fala ou sua deglutição;

iii) se o problema oclusal causa algum tipo de desconforto social ou vergonha diante das pessoas na sociedade. O paciente é orientado aqui a responder se já sofreu algum tipo de estigmatização ou humilhações devido ao seu problema bucal;

iv) se as más oclusões afetam qualquer função social (como relacionamentos afetivos, busca por empregos, dentre outros);

v) se após o tratamento ortodôntico sua vida social será melhor, com mais possibilidade de inserção e sem efeitos de discriminação;

vi) se ele espera que sua auto-estima seja melhorada, após o tratamento, ou se ele espera ter uma auto-imagem melhor com a correção e a posição de seus dentes;

vii) quais os motivos subjetivos que levaram a opção pelo tratamento: se estética, se devido à disfunções ou dores faciais, ou por questões sociais;

viii) quem lhe chamou a atenção sobre seu problema oclusal.

É feito também pelo aluno da especialização um inquérito sobre o histórico médico-familiar do paciente. Esta ficha permitirá ao profissional conhecer a história da saúde geral do paciente e assim estabelecer limitações do tratamento e as contra-indicações para o mesmo.

Para efeitos de diagnóstico e planificação de tratamento é solicitada ao usuário uma série de radiografias dentárias, a confecção de um modelo ortodôntico em gesso, que irá reproduzir detalhadamente sua oclusão, além de fotografias faciais e tomadas radiográficas especiais que informarão os padrões faciais do paciente. O material é analisado pelo especializando e um plano de tratamento é feito para o caso do indivíduo. O pós-graduando se encarregará de executar o tratamento e um professor supervisionará o seu trabalho.

A assistente social da FO/UFJF, nesta oportunidade, analisa as condições socioeconômicas do indivíduo em entrevista com o próprio paciente ou com seus pais, se o mesmo for dependente, e preenche a ficha de análise socioeconômica. (ANEXO VI). São feitas observações quanto à:

i) renda da família, se há renda complementar, se somente um indivíduo é o responsável pela manutenção do lar, mediante comprovação;

ii) situação profissional do paciente ou dos seus pais (se dependente), quanto aos vínculos empregatícios, aposentadoria;

iii) despesas ordinárias mensais, sejam com aluguel, supermercado, educação e transporte (são subjetivamente relatadas pelo paciente e comprovadas, se possível);

iv) número de moradores na residência. Quantas pessoas vivem dos rendimentos familiares, para se estimar a renda *per capita* da família;

v) condições de vida, se a residência é própria, se é alugada. Ao tipo, localização e tamanho da residência.

Baseando-se nessas informações e na comprovação de renda e endereço, a assistente social irá agrupá-los em 4 níveis pré-estabelecidos de acordo com os critérios socioeconômicos. A renda líquida é decisiva e irá determinar essa classificação. O paciente pagará mensalmente uma taxa de acordo com sua condição econômica.

Não há critérios pré-estabelecidos que irão classificar os pacientes quanto aos fatores : biológico (gravidade da má oclusão), psicossociais (sua vontade de tratar e melhorar sua imagem) e, por fim, o econômico (sua impossibilidade de se submeter a um tratamento particular). Todavia, o mérito da iniciativa deve ser exaltado, uma vez que na região de Juiz de Fora a CO/UFJF constitui o único meio de que os indivíduos menos favorecidos economicamente dispõem para receber um tratamento ortodôntico em uma instituição pública.

A análise crítica das condições de vida do paciente, sua situação bucal, seus indicadores econômicos, seus anseios e expectativas quanto ao tratamento, mostrarão uma radiografia daquela clientela. Possibilitará também estimular uma discussão sobre qual o perfil ideal de paciente que deve ser selecionado para o tratamento na referida clínica, quais serão os critérios de triagem e como estes serão aplicados.

## **5. A ORTODONTIA E A SAÚDE BUCAL: UMA ANÁLISE EMPÍRICA DA CLÍNICA ORTODÔNTICA DA FO/UFJF**

### **5.1 - Metodologia**

O trabalho de campo, amparado por uma ampla resenha bibliográfica e documental, se constituiu na análise do arquivo da CO da FO/UFJF. O mesmo é composto por pastas contendo plano de tratamento, fichas de consultas, fichas clínicas, questionário psicossocial, radiografias, questionário médico-familiar, fotografias e modelos ortodônticos dos pacientes. No setor de Assistência Social se encontram arquivadas as informações referentes ao levantamento socioeconômico dos usuários da clínica.

O universo amostral, portanto, foi formado por todos os pacientes cuja documentação constava nos arquivos da CO, somando 226 indivíduos. Deste grupo, 63 foram considerados inelegíveis por terem seu tratamento cancelado ou pela ausência de informações anotadas nas fontes de referência. No primeiro caso, o número foi de 15 e no segundo de 48. O total de pacientes utilizados no trabalho, portanto, foi de 163 pessoas.

Muitos dos dados foram perdidos na tabulação e análise estatística, o que aconteceu devido a não utilização prévia do arquivo, com o objetivo de pesquisas científicas e este se apresentava incompleto, com muitas informações omitidas. Essas deficiências fizeram com que o paciente não fosse considerado nas análises estatísticas.

O trabalho se caracterizou por três fases distintas: a identificação das fontes de dados, sua classificação e análise.

### *5.1.1. Identificação dos dados*

Foram escolhidas para análise: os modelos ortodônticos, as fichas de consulta preenchidas pelo especializando, o questionário psicossocial e os levantamentos socioeconômicos. Nas fichas de consulta os campos analisados foram: idade, sexo, recomendado por (referência), deglutição, fonação e observações (onde se anota as características das articulações têmporo-mandibulares). Do questionário psicossocial foram selecionadas as perguntas 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8. O campo Classificação Econômica e Social (CES) foi escolhido na ficha de levantamento socioeconômico. Os dados utilizados foram extraídos do arquivo, tabulados e digitados no EXCEL/97.

### *5.1.2. Classificação dos dados*

Para a análise estatística e para base de escala de prioridades a ser construída, os dados foram classificados de acordo com o tipo de informações que constavam no arquivo:

i) Os modelos foram examinados e classificados, seguindo as normas do OITN (ANEXO I), nos níveis: 1- sem necessidade de tratamento; 2- má oclusão leve com pouca ou nenhuma necessidade de tratamento; 3- má oclusão moderada, tratamento eletivo; 4- má oclusão severa com grande necessidade de tratamento; 5- má oclusão muito severa com grande necessidade de tratamento. Essa análise foi executada pelo mesmo examinador, especialista em Ortodontia e Ortopedia facial.

ii) Foram escolhidos para análise das fichas de consulta (ANEXO IV) os dados referentes ao sexo do paciente, classificado em: 1-masculino e 2- feminino; a idade dos pacientes, que foram agrupados em cinco grupos etários: 1- de 6 a 10 anos; 2- de 11 a 14 anos; 3- de 15 a 18 anos; 4- de 19 a 21 anos ; 5- acima de 21 anos. Também foram anotados dados referentes à origem ou indicação do paciente que poderia ter sido referenciado: 1-Pelo SUS; 2- Por outra clínica da Faculdade; 3- Por um profissional do serviço particular; 4- Ser aluno, funcionário da FO ou seus dependentes; 5- por demanda espontânea; 6- quando o dado não estava disponível. Ainda na ficha de consulta observaram-se as anotações feitas pelo especializando após o exame clínico do paciente. O exame da fala (campo fonação) pode revelar: 1- fonação deficiente ou atípica; 2-

fonação normal, assim como no campo deglutição onde são observadas as funções orais de deglutir e mastigar do paciente, podendo ser: 1 normais; 2- atípicas. Informações quanto ao exame das ATM também foram tabuladas e o seu estado de saúde pode estar; 1-assintomático; 2-apresentando desordens articulares.

iii) O campo escolhido da ficha de levantamento econômico -social (ANEXO VI), foi a CES, onde após a entrevista com o paciente a assistente social o classifica de acordo com os rendimentos líquidos da família. Os níveis onde eles são alocados são: 1- renda entre 0 e 2 salários mínimos; 2- renda entre 2 1/2 e 5 salários mínimos; 3- renda entre 5 1/2 e 7 salários mínimos e 4- acima de 7 1/2 salários mínimos.

iv) No questionário psicossocial (ANEXO V), a pergunta de número 2 versando sobre a principal percepção do paciente quanto a sua saúde oral, dividiu o conjunto em 4 grupos de acordo com a resposta: 1- restaurações; 2- cáries; 3- posicionamento dentário; 4- coloração dos dentes. As demais questões escolhidas, de 2 a 8, eram caracterizadas por respostas :1- sim; 2- não.

#### **5.1.2.1. Análise dos dados**

Os dados foram submetidos a uma descrição estatística detalhada, utilizando o programa SPSS, versão 11.5, que informou a percentagem de indivíduos estudados. Os dados mostram a distribuição dos pacientes nos diferentes graus de OITN; a distribuição da referida população por sexo, idade, renda e origem; os percentuais de respostas do questionário psicossocial; a prevalência de desordens na fisiologia oral normal (deglutição, fala distúrbios articulares e mastigatórios), atestados pelo profissional no exame clínico.

Verificou-se, em seguida, através do teste estatístico do Qui quadrado de Pearson (*Chi-square*), a associação existente entre certas variáveis: o OITN e as várias perguntas do questionário psicossocial (ANEXO V); o OITN e o padrão de deglutição/mastigação estabelecido conforme os métodos normativos; o OITN e o padrão de fala estabelecido conforme os métodos normativos; padrão de fala conforme os métodos normativos, e o mesmo padrão informado pelo paciente; o OITN e

distúrbios da ATM; a origem do paciente e sua renda familiar; a origem do paciente e sua idade; entre os padrões de mastigação /deglutição, estabelecidos pelos métodos normativos e o mesmo padrão informado pelo paciente.

## 5.2. Resultados, análise crítica dos dados e discussão

As características do perfil dos pacientes, usuários da CO/UFJF, que foram analisadas, estão resumidas na Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição de frequência das variáveis incluídas no estudo (n=163)

	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	76	46,63
Feminino	87	53,37
<b>Grupo etário</b>		
de 6 a 10 anos	32	19,63
de 11 a 14 anos	69	42,86
de 15 a 18 anos	16	9,82
de 19 a 21 anos	14	8,70
> 21 anos	30	18,63
<b>Origem</b>		
SUS	25	15,95
Faculdade	16	9,82
Particular	28	16,88
Funcionário/dependente, Aluno	41	25,47
Demanda espontânea	32	19,63
Desconhecida	21	13,13
<b>Renda</b>		
<ou = a 2 salários mínimos (s. m.)	121	73,75
Entre 2,5 e 5 s. m.	33	20,78
Entre 5 e 7,5 s. m.	9	5,63
<b>OITN</b>		
Nível 1	5	3,07
Nível 2	16	9,82
Nível 3	34	20,86
Nível 4	61	37,42
Nível 5	47	28,83

Cont.

Exame da fala		
Normal	123	76,62
Atípica	40	23,38
Exame da deglutição/ mastigação		
Normal	105	63,32
Atípica	58	34,68
Exame das articulações têmporo-mandibulares		
Assintomáticas	107	65,32
Sintomáticas	56	34,68
Principal percepção quanto à saúde bucal		
Restaurações	10	6,25
Cáries	11	6,88
Más oclusões	121	73,75
Coloração dos dentes	21	13,13
Problemas na mastigação ou deglutição		
Sim	49	29,81
Não	114	70,19
Distúrbios na fala		
Sim	33	20,78
Não	130	79,22
Desconforto ou vergonha		
Sim	71	43,56
Não	92	56,44
Impedimento de exercício de funções sociais		
Sim	17	10,43
Não	146	89,57
Melhora nas relações sociais		
Sim	131	80,37
Não	32	19,63
Melhora na auto-estima		
Sim	152	93,25
Não	11	6,75

O trabalho vem a corroborar os achados de SHAW (1997), que apontaram para uma maior tendência de indivíduos do sexo feminino procurarem pelo tratamento ortodôntico. Dentre os usuários da clínica 53,37% (n= 87) eram do sexo feminino (Gráfico 1). Este dado aponta que a estética é mais valorizada pelas mulheres que pelos homens, talvez pela maior cobrança social que delas exige uma melhor aparência. Ou também pode refletir a situação da população brasileira, onde a maioria é do sexo feminino

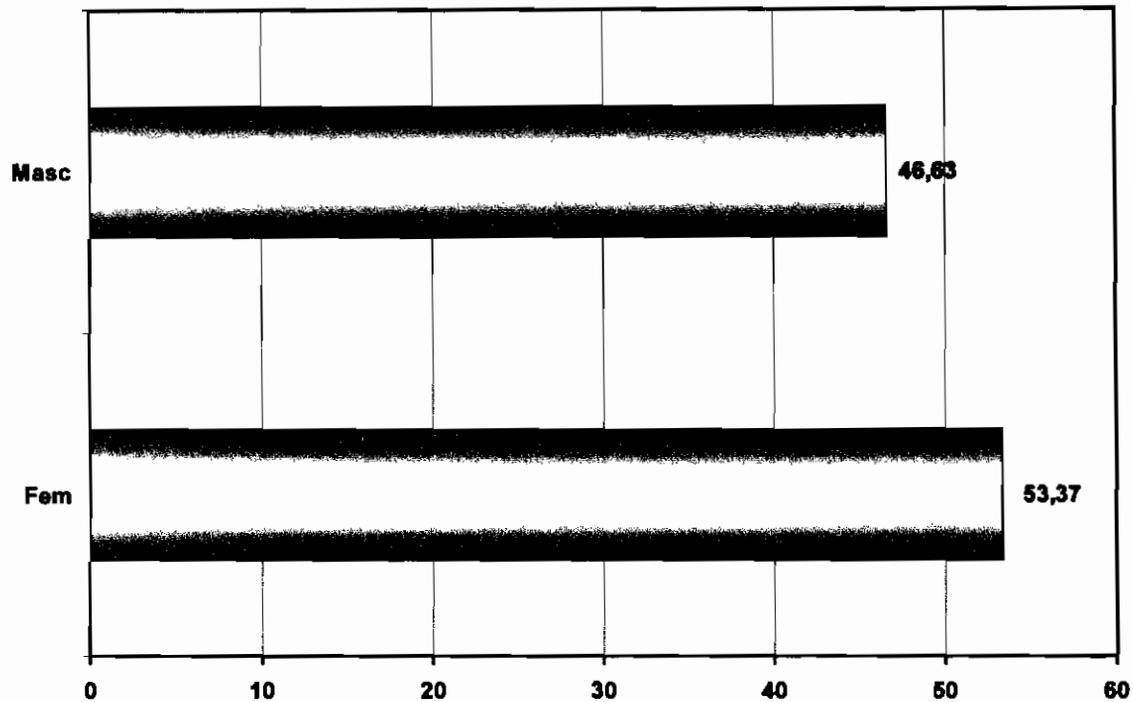


Gráfico 1- Distribuição dos pacientes da clínica ortodôntica por sexo.

Analisando o Gráfico 2, pode-se observar que foi também evidenciada uma maior procura pelo tratamento na clínica pelos adolescentes, com destaque para o grupo etário dos 15 aos 18 anos. O maior interesse dos adolescentes pelo tratamento, se deve não só a auto percepção sobre sua saúde bucal, que aumenta nesta idade, como também se deve à pressão da sociedade, dos pais e dos pares que é maior nessa época da vida na qual as afirmações sociais estão se esboçando. A aparência física do jovem será o passaporte para sua aceitação no grupo, segundo JENNY (1975), PINZAN (1997) e ELIAS et al. (1999).

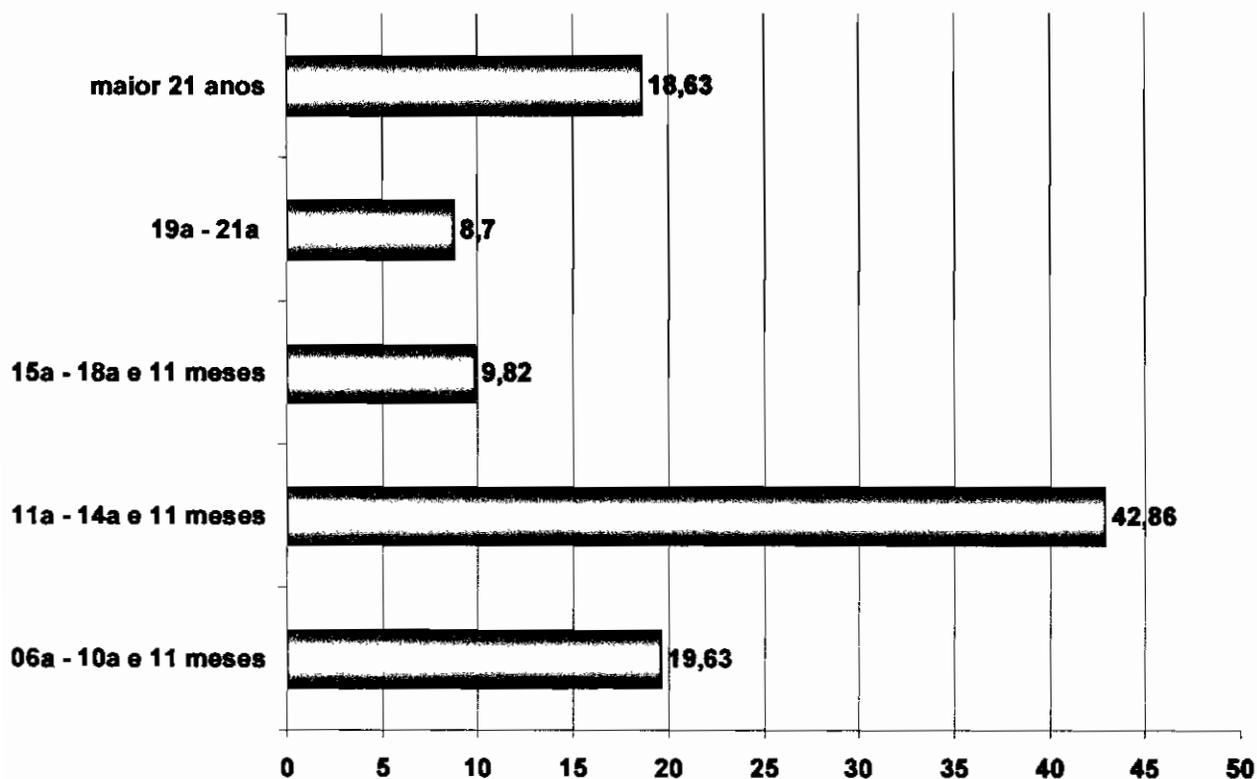


Gráfico 2- Distribuição dos pacientes segundo a faixa etária.

Quando analisada a origem do paciente o resultado mostrou que 15,53% (n=25) do montante daqueles vieram referenciados pelo SUS. Entretanto 9,82% (n=16) já se encontrava em tratamento em outra clínica da Faculdade e foram direcionados para a Ortodontia. Para 19,63% (n=32) dos pacientes foi a própria família ou o próprio paciente que percebeu a necessidade de tratamento e procurou a referida clínica, portanto vieram por demanda espontânea. Os pacientes encaminhados por profissionais do setor privado corresponderam a 17,18% (n=28). Do universo dos pacientes, 25,47% (n=41) estão representados pelos funcionários e pelos alunos da faculdade. O restante 12,88% (n=21) não informou a origem (Gráfico-4). A clientela originada do SUS somada aos que vieram indicados de outra clínica da FO corresponderam a 25,77% (n=42) do total de pacientes, números similares aos que representam o percentual de alunos e funcionários da faculdade ou seus dependentes. Mostrou-se então que 1/4 das vagas na clínica é ocupado pelo grupo que, teoricamente, deveria predominar, enquanto

outro quarto das vagas era preenchido pelo grupo menos indicado a se tratar na clínica, analisando sob a ótica da referência.

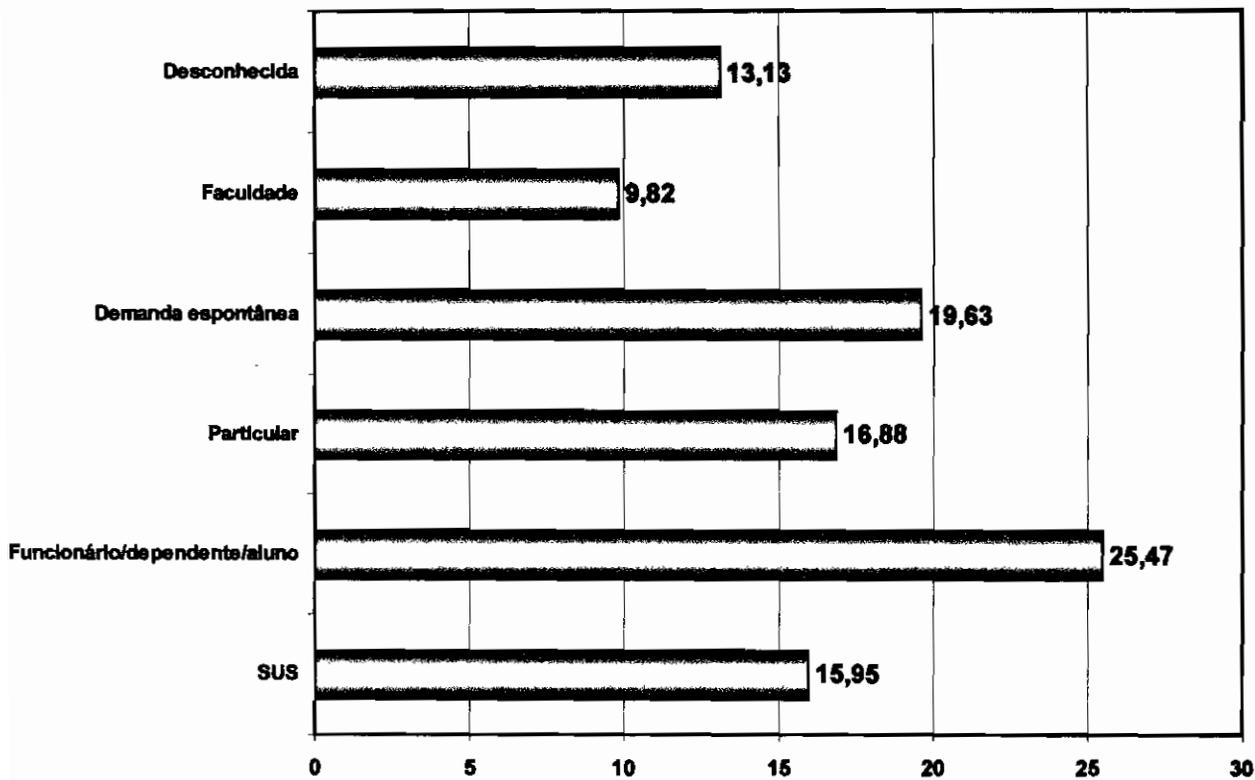


Gráfico 3- Distribuição percentual dos pacientes de acordo com sua origem ou indicação.

Estatisticamente significativa se mostrou a associação entre a faixa etária do paciente e sua origem, sendo  $p= 0,04$  (TABELA 2). Do intervalo de idade compreendido entre 6 e 10 anos, 6,25% ( $n=2$ ) dos pacientes, correspondendo a 1,24% do total, foram indicados por outras clínicas da FO. Isso mostra que os pacientes nesta faixa de idade, que ainda estão em fase de dentição mista, geralmente estão sendo tratados nas clínicas de graduação. O percentual de pacientes com idade entre 11 e 14 anos, com a mesma procedência, também foi baixo 10,14% ( $n=7$ ). O sistema de encaminhamento interno dos pacientes entre as clínicas provavelmente vem se apresentando falho no caso da Ortodontia, pois os últimos números deveriam ser mais altos, mostrando uma articulação perfeita entre as clínicas da Faculdade. A maior parte dos pacientes vindos do SUS 44% ( $n=11$ ) se inseria no intervalo de idade entre 11 e 14

anos, porém correspondiam a 6,83% do total de pacientes. É um número quase inexpressivo quando examinado sob a perspectiva de que a FO constitui um pólo de referência na atenção terciária para os usuários das UBSs, para os do projeto SABIA e também para a clientela vinda de unidades de saúde da microrregião de Juiz de Fora. Os pacientes da mesma origem mas pertencentes à faixa etária de 6 a 10 anos não passavam de 6, 18,75% de todos os pacientes indicados pelo SUS. Como já foi discutido, é um percentual pequeno, pois crianças nesta idade, na maior parte dos casos, necessitam apenas de uma ortodontia interceptativa e poderiam ter sido direcionadas às clínicas de Ortodontia II e Odontopediatria I e II da graduação.

Tabela 2- Associação entre as variáveis: Origem do paciente e grupo etário.\*

	SUS	Facul- dade	Parti- cular	Func/ Aluno	Dem. esp.	Desc.	Total da linha
Faixa etária							
6 a 10	6	2	7	4	8	6	32
Coluna%	24,00	12,50	25,93	9,76	22,58	28,57	
Linha%	18,75	6,25	21,88	12,50	21,88	18,75	
Total em relação ao universo amostral %	3,73	1,24	4,35	2,48	4,35	3,73	19,63
11 a 14	11	7	7	15	16	13	69
Coluna%	44,0	43,75	25,93	36,59	51,61	61,90	
Linha%	15,94	10,14	10,14	21,74	23,19	18,84	
Total em relação ao universo amostral %	6,83	4,35	4,35	9,32	9,94	8,07	42,86
15 a 18	2	2	5	2	4	1	16
Coluna%	8,00	12,50	18,52	4,88	12,90	4,76	
Linha%	12,50	12,50	31,25	12,50	25,00	6,25	
Total em relação ao universo amostral %	1,24	1,24	3,11	1,24	2,48	0,62	8,94
19 a 21	1	0	4	6	2	1	14
Coluna%	4,00	0,00	14,81	14,63	6,45	4,76	
Linha%	7,14	0,00	13,33	42,86	6,67	7,14	
Total em relação ao universo amostral%	0,62	0,00	2,48	3,73	1,24	0,62	8,70
>21	5	5	4	14	2	0	30
Coluna%	20,00	31,25	14,81	34,15	6,45	0,00	
Linha%	16,67	16,67	13,33	46,67	6,67	0,00	
Total em relação ao universo amostral%	3,11	3,11	2,48	8,70	1,24	0,00	18,63
Total em relação ao universo amostral (n)	25	16	28	41	32	21	163
Total da coluna em relação ao universo amostral %	15,53	9,94	16,77	25,47	19,63	13,04	100,00

\* A associação foi considerada significativa estatisticamente, de acordo com o teste do Qui-quadrado de Pearson ( $p= 0,04$ ).

LEITE(2002) comenta que foi recomendado pela OMS, que as crianças com idade até 14 anos deveriam ser prioridade no planejamento, execução e organização de qualquer serviço ou política de saúde bucal. No entanto, a integralidade na atenção a este grupo fica comprometida se não for facilitado o acesso aos serviços da CO para esta clientela. Há que se refletir sobre o grande número de vagas ocupadas na clínica pelos alunos e funcionários da FO (ou seus dependentes) principalmente os com idade superior a 21 anos, cujo percentual foi de 8,70% (n=14). Isso acarreta uma menor probabilidade do acesso das crianças, adolescentes e usuários do serviço público ao tratamento ortodôntico na UFJF. Enorme vantagem dispõe o primeiro grupo sobre os demais, uma vez que exercem suas funções em locais próximos à CO, tendo facilitado o seu acesso e abrindo espaço para a prática clientelista. A consequência inquestionável deste processo é a iniquidade.

A Tabela 2 mostra que a demanda espontânea, correspondendo a 19,63% (n=32) foi o segundo maior percentual referente à origem dos pacientes, destacando-se que 51,61%(n=16) deste grupo está compreendido na faixa etária de 11 a 14 anos, e 22,58% (n=8) na de 6 a 10 anos. A auto percepção ou percepção da família quanto às má oclusões parece mesmo ser marcante nas crianças e adolescentes, o que corrobora com COHEN (1970) e MCGREGOR (1979). Estes pacientes, certamente, não tiveram, ou pelo menos não mencionaram, uma orientação profissional quanto ao problema das má oclusões, possivelmente, por si só se deram conta do problema ou a má oclusão chamou a atenção de seus pais ou dos seus pares. Esse agrupamento que veio por demanda espontânea à Faculdade é de grande importância no planejamento de qualquer política de saúde bucal, pois recorreram a uma instituição pública por falta de recursos, acreditando na qualidade dos serviços ali prestados. Ressalta-se aqui o trabalho de HOWELLS et al. (1985) no qual os autores afirmaram que os pais viam no tratamento ortodôntico uma forma de melhorar a aparência da criança, além de aumentar as chances delas em relação a um sucesso profissional futuro.

Em 73,75% (n= 121) dos casos, a renda familiar líquida do paciente era igual ou inferior a 2 salários mínimos. Algo em torno dos 5,63% (n=9) foi a percentagem de usuários com renda classificada entre 5 e 7 1/2 salários mínimos. A

renda de valor médio encontrada, 2,5 a 5 salários mínimos, correspondeu a 20,78% (n=33) dos pacientes (Gráfico 4).

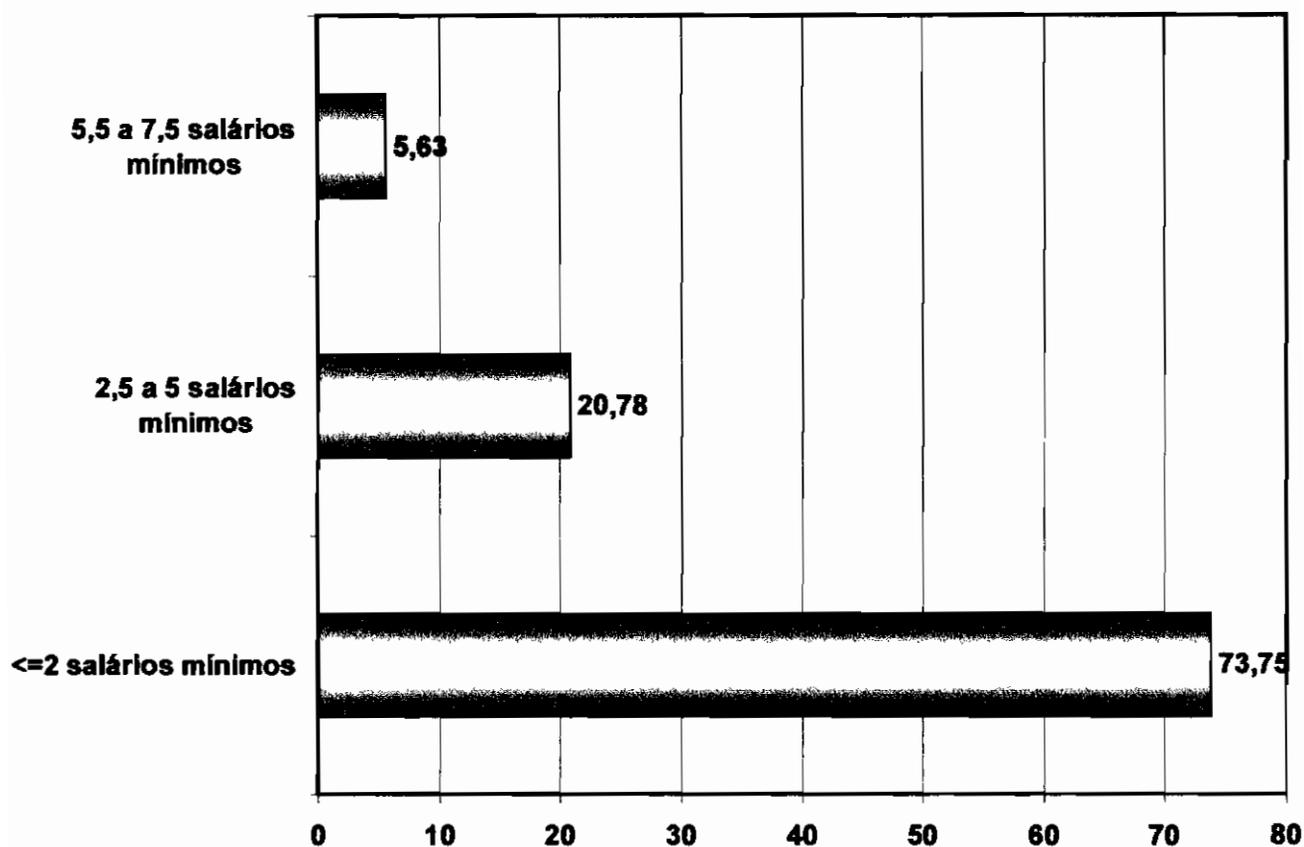


Gráfico 4- Distribuição dos pacientes conforme sua renda familiar.

Pelo fato de a maioria dos usuários apresentar uma renda familiar baixa, ficam evidentes as estreitas relações existentes entre a população mais carente com as ações de saúde oferecidas pela FO/UFJF. Era, no entanto, passível a presunção de que a clientela que veio do SUS apresentasse uma renda familiar líquida menor, em relação, por exemplo, aos pacientes que foram encaminhados pelo serviço privado. Entretanto esta associação não foi estatisticamente significativa -  $p=0,27$  (TABELA 3). O percentual dos pacientes cuja renda era igual ou inferior a 2 s.m. se mostrou alto em todos os grupos de origem examinados. Mas, os maiores percentuais de renda entre 5 e 7,5 s.m. foram encontrados nos grupos que tiveram indicação de profissional particular; e, surpreendentemente, nos indicados de outras clínicas da FO, ambos com 33,33% (n=3). Foi de 9 (5,63%) o número de pacientes que confirmaram a renda entre 5 e 7,5

salários mínimos, correspondendo a um pequeno montante. Assim, conclui-se que são poucos aqueles cuja renda não lhes permite ser classificados como SUS- dependentes, e que não devem ser priorizados durante a triagem para o tratamento. Entretanto, é digno de nota salientar que pode haver dificuldades na comprovação da renda familiar ou mesmo uma subestimação desta pelo paciente. Assim como, um número pequeno de pacientes (n=3) faz com que aumentem as proporções de um erro na tabulação ou na análise dos dados, podendo influenciar nos resultados.

Tabela 3- Associação entre as variáveis: origem (ou indicação) do paciente e sua renda líquida familiar.\*

	Renda <=2 s.m	Renda 2,5 a 5 s.m.	Renda 5 a 7,5 s.m.	Total da linha
<b>Origem</b>				
<b>SUS</b>	20	4	1	25
Coluna %	16,95	12,12	11,11	
Linha %	80,00	16,00	4,00	
Total em relação ao universo amostral (%)	12,50	2,50	0,63	15,95
<b>Faculdade</b>	11	2	3	16
Coluna %	9,32	6,06	33,33	
Linha %	68,75	12,50	18,75	
Total em relação ao universo amostral (%)	6,88	1,25	1,88	9,82
<b>Particular</b>	18	7	3	28
Coluna %	15,25	18,18	3,33	
Linha %	66,67	22,22	11,11	
Total em relação ao universo amostral (%)	11,25	3,75	1,88	16,88
<b>Aluno/Funcionário e dependentes</b>	28	11	2	41
Coluna %	23,73	33,33	22,22	
Linha %	68,29	26,83	4,88	
Total em relação ao universo amostral (%)	17,50	6,88	1,25	25,47
<b>Demanda Espontânea</b>	27	5	0	32
Coluna %	21,19	15,15	0,00	
Linha %	83,33	16,67	0,00	
Total em relação ao universo amostral (%)	15,63	3,62	0,00	19,63
<b>Desconhecida</b>	17	5	0	21
Coluna %	13,56	15,15	0,00	
Linha %	76,19	23,81	0,00	
Total em relação ao universo amostral (%)	10,00	3,13	0,00	13,13
<b>Total da coluna em relação ao universo amostral (n)</b>	121	33	9	163
Total da coluna em relação ao universo amostral (%)	73,75	20,78	5,63	100,00

\* A associação foi considerada não significativa estatisticamente, de acordo com o teste do Qui-quadrado de Pearson ( $p=0,27$ ).

A Ortodontia sempre foi apontada pelos ortodontistas como reestabelecedora da função bucal e como fator que aumenta a longevidade dos dentes. Mas para KEROSUO et al. (1995), há um hiato entre essas afirmações e as evidências, o que leva a uma outra justificativa para o tratamento ortodôntico: a melhora na inserção social do indivíduo e aumento no seu bem-estar psicológico. McGRATH et al. (2002) discordaram ao afirmarem que os fatores biológicos são significativamente mais influenciados pela oclusopatia do que os fatores psicológicos e sociais. Um razoável número de usuários da CO realmente apresentava disfunções orais ou articulares, porém é presumível mas não imperativa uma relação causal com as condições estruturais dos arcos dentários.

A influência do posicionamento dos dentes e dos maxilares nos processos fisiológicos bucais não é muito questionada na literatura e é defendida por MOYERS (1991), PROFFIT (2002), HANSON et al. (1995), sendo bastante óbvia a associação entre a gravidade das más oclusões com os distúrbios na posição de língua lábios e bochechas. Confirmando esta afirmação, cerca de 29,81% (n=49) e 20,78% (n=33) dos pacientes estudados se queixaram, respectivamente, de problemas na mastigação/deglutição e na fala, conforme explicita o Gráfico 4. Números diferentes foram obtidos, ao se proceder a análise dos mesmos problemas pelo dentista, sob os métodos normativos. O padrão de fala dos pacientes atestado pelo dentista mostrou que dentre os pacientes examinados 76,62% (n=123) apresentavam uma articulação normal dos fonemas, contra 23,38% (n=40) apresentando uma fala atípica. De forma semelhante dos 163 pacientes estudados, 63,98% (n=105) foram classificados pelo pós-graduando como tendo um padrão de deglutição e mastigação normal, enquanto 36,02% (n=58) sofriam de deglutição atípica ou apresentavam uma mastigação com interferência dos dentes.

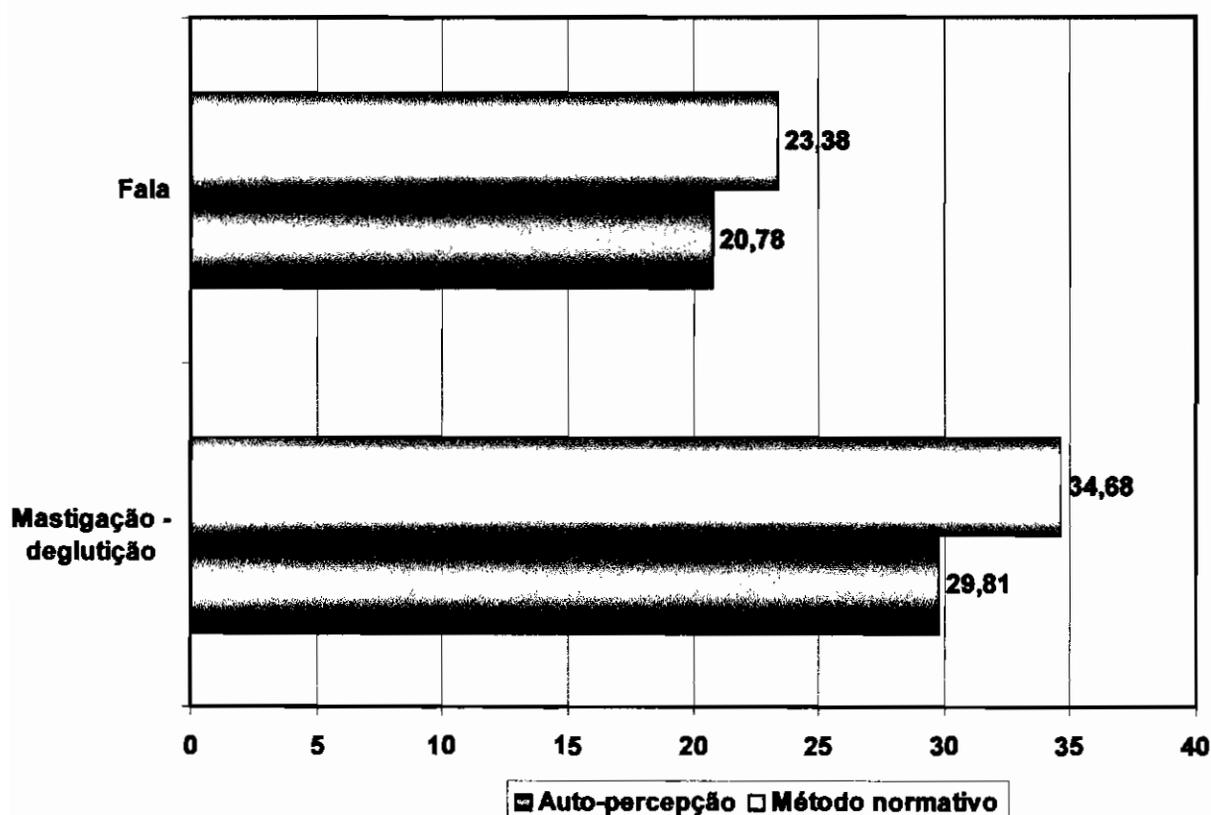


Gráfico 5- Distribuição dos pacientes de acordo com a auto percepção das disfunções orais de fonação, mastigação e deglutição, em comparação com os mesmos problemas analisados pelo dentista (método normativo).

Tornou-se necessário averiguar se havia uma correlação estatística entre a percepção do paciente quanto a esses problemas de disfunções orais e de fala e os métodos normativos de diagnóstico das mesmas. A pesquisa mostrou que havia uma associação entre o relato do paciente e os achados clínicos do dentista durante a anamnese. No caso das disfunções mastigatórias e na deglutição, a concordância entre o resultado do exame clínico e a resposta do paciente foi significativa sendo  $p=0,01$ . Cerca de 50,00% ( $n=25$ ) dos pacientes que responderam que suas funções bucais eram prejudicadas, tiveram sua afirmação ratificada pelo profissional. (Tabela 4).

Tabela 4- Associação entre as variáveis: disfunções orais auto-relatadas pelo paciente Pergunta 4 (ANEXO V) e determinadas pelos métodos normativos (ANEXOIV). \*

	Sim	Não	Total da linha
Funções (mastigação/deglutição)			
Atípicas	24	34	58
Coluna%	50,00	30,09	
Linha%	41,38	58,62	
Total em relação ao universo amostral	14,91	21,12	36,02
Normal	25	80	105
Coluna%	50,00	69,91	
Linha%	23,30	76,70	
Total em relação ao universo amostral %	14,91	49,07	63,98
Total da coluna em relação ao universo amostral(n)	49	114	163
Total da coluna em relação ao universo amostral(%)	29,81	70,19	100,00

\* Associação considerada estatisticamente significativa  $p=(0,01)$  pelo teste do Qui quadrado.

Um percentual de 50,00% (n=16) dos pacientes que responderam que a sua fala era prejudicada correspondiam à metade dos pacientes que acreditavam possuir algumas disfunções, e que realmente as apresentava, ao passo que a outra metade era portadora de problemas na fala, sem contudo se dar conta deles. (Tabela 5)

Tabela 5- Associação entre as variáveis: padrões de fala determinados pelos métodos normativos (ANEXO IV) e pelos auto-relatos do paciente, Pergunta 3 (ANEXO V) \*

	Sim	Não	Total da linha
Fala			
Normal	16	107	123
Coluna%	50,00	83,61	
Linha%	13,56	86,44	
Total da linha em relação ao universo amostral	10,39	66,23	76,62
Atípica	16	24	40
Coluna%	50,00	16,39	
Linha%	44,44	55,56	
Total da linha em relação ao universo amostral	10,39	12,99	23,38
%			
Total da coluna em relação ao universo amostral (n)	33	130	163
Total da coluna em relação ao universo amostral (%)	20,78	79,22	100,00

\* A correlação foi considerada estatisticamente significativa,  $p=(0,00006)$  pelo teste do Qui quadrado.

Para PERES et al. (2002), a maioria dos pacientes com alguma alteração oclusal na região anterior da arcada se queixava quanto à estética e não quanto a problemas mastigatórios. Os pacientes leigos, muitas vezes, nem sempre se dão conta dos prejuízos funcionais causados pelo desalinhamento dos seus dentes, divergindo aí os critérios clínicos da percepção das más oclusões quanto ao critério diagnóstico. Todavia é de grande relevância a opinião daqueles sobre sua percepção quanto à influência de seu problema dental em suas funções bucais.

KEROSUO et al. (1995) afirmaram que a oclusão "ideal", condição rara nos tempos atuais, deva ter uma pequena importância biológica, e chama a atenção para a dificuldade de se comprovar a associação, que ele considerada modesta, entre má oclusão, saúde dental e funções bucais normais. Provavelmente, somente extremas variações dos padrões oclusais, como grandes apinhamentos, *overjets* acentuados e

mordidas excessivamente profundas, podem causar algum tipo de prejuízo funcional ou risco à saúde bucal.

Dos 163 indivíduos em tratamento na clínica 28,83% (n= 47) apresentaram um OITN de nível 5, e 37,42% (n= 61) nível 4. Cerca de 3,07% (n=5) dos pacientes estava no nível 1 do índice. No grau 2 do OITN, se enquadrou 9,82% da população estudada (n=16), e no nível 3 do OITN, 20,86% (n=34) dos usuários foram agrupados. (Gráfico 6).

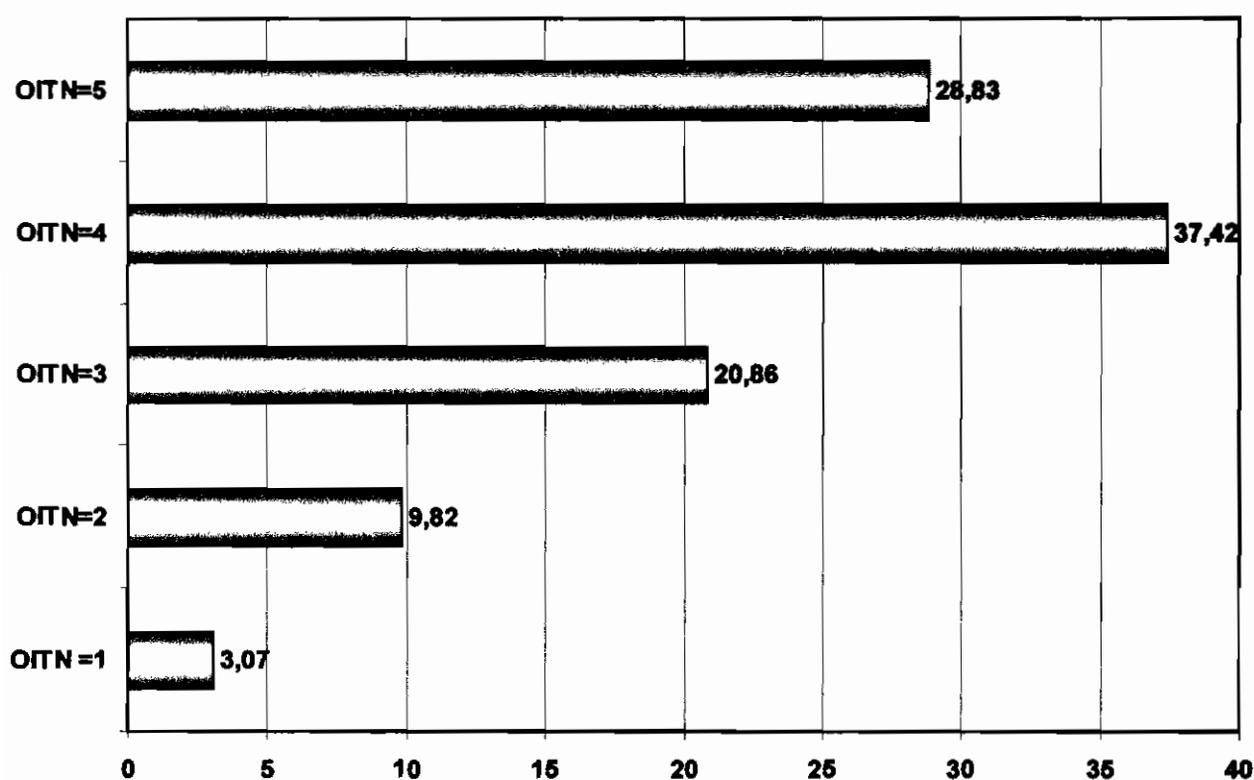


Gráfico 6- Distribuição dos pacientes segundo o nível do OITN

Dos 163 pacientes estudados, 12,87% (n=21) não apresentavam necessidade de tratamento por estarem incluídos nos níveis 1 e 2 do OITN. Certamente, o fator responsável por esta condição é a ausência da aplicação de índices de necessidade de tratamento na triagem, uma vez que a entrada dos pacientes na clínica se dá por ordem de inscrição. Já os classificados no nível 3 também se apresentavam em grande percentual 20,86% (n=34). Esse tipo de oclusopatia, como já foi discutido, é limítrofe e de tratamento eletivo. Esses pacientes deveriam ser incluídos no rol dos assistidos pelo

programa, se apresentassem uma grande vontade de corrigir seus problemas oclusais, vontade essa que seria determinada pela aplicação de questionários psicossociais. Segundo SHAW et al. (1991), mesmo no caso de serem portadores de más oclusões menos severas, as pessoas podem passar por sentimentos de vergonha ou retração social causadas pela aparência bucal. Evidencia-se, assim, a importância do uso dos índices classificatórios, que evitarão tratamentos desnecessários em detrimento ao abandono de casos mais graves, como enfatizam também KROOCHEK et al. (2001) e ERTUGAY (2001). Também se destaca a importância dos aspectos subjetivos na triagem, com a análise dos indicadores econômicos e psicossociais.

Como a finalidade principal da CO é o ensino, os casos de má oclusão mais simples podem ser úteis para iniciar o aluno no planejamento ortodôntico. Entretanto, a aplicação do OITN evita tratamentos desnecessários e aponta as grandes necessidades do mesmo, sem especificar uma maior ou menor dificuldade em se fazer o diagnóstico ortodôntico ou a terapêutica em si. O índice não sugere a dificuldade de tratamento e sim a necessidade de intervenção profissional. Assim, não há interferência da utilização do índice no andamento normal do ensino na clínica.

O percentual de 37,42% (n=61) e 29,23% (n=47) de usuários incluídos nos níveis 4 e 5 do OITN, respectivamente, sugere que mesmo a grande maioria dos pacientes apresentando reais necessidades de tratamento, ainda se pode otimizar esses números. Os outros 30% das vagas poderiam estar sendo ocupados por indivíduos portadores de más oclusões mais graves, o que já seria um grande passo em direção à equidade.

Tornou-se necessária a investigação da relação entre os níveis do OITN com os padrões fonológicos e funcionais do paciente, aferidos pelos critérios normativos do dentista. A associação entre OITN e as disfunções orais se mostrou altamente significativa sob o ponto de vista estatístico com  $p= 0,02$ , conforme explicitado na Tabela 6, e de certa forma foi ao encontro de que afirmou KEROSUO et al. (1995) e SHAW (1997), pois ficou evidenciado que 100,00% (n=5) dos pacientes, que foram classificados com OITN nível 1, não apresentavam qualquer disfunção mastigatória ou de deglutição. Os percentuais seguiram uma escala crescente de acordo com o aumento da gravidade da má oclusão, sendo que dos indivíduos com OITN 5, 41,38% (n=24)

apresentavam as disfunções supra-citadas. Pode-se ver desta forma que, quanto mais grave era a má oclusão, maior sua interferência na mastigação e deglutição, restringindo a importância biológica da boa oclusão dentária, sem contudo, descartá-la.

Tabela 6- Correlação existente entre OITN e funções de mastigação e deglutição, atestadas pelos métodos normativos.\*

	Funções Atípicas	Funções normais	Total da linha
OITN			
1	0	5	5
Coluna %	0,00	4,76	
Linha %	0,00	100,00	
Total em relação ao universo amostral (%)	0,00	3,07	3,07
2	3	13	16
Coluna %	5,17	12,38	
Linha %	18,75	81,25	
Total em relação ao universo amostral (%)	1,84	7,98	9,82
3	9	25	34
Coluna %	15,52	23,81	
Linha %	26,47	73,53	
Total em relação ao universo amostral (%)	5,52	15,34	20,86
4	22	39	61
Coluna %	37,93	37,14	
Linha %	36,07	63,93	
Total em relação ao universo amostral (%)	13,50	23,93	37,42
5	24	23	47
Coluna %	41,38	21,90	
Linha %	51,06	48,94	
Total em relação ao universo amostral (%)	14,72	14,11	28,83
Total da coluna em relação ao universo amostral (n)	58	105	163
Total da coluna em relação ao universo amostral (%)	36,02	63,98	100,00

\* Associação considerada pelo teste do Qui-quadrado de Pearson estatisticamente significativa ( $p=0,02$ ).

Embora reconheçam a importância do posicionamento dos dentes para uma correta articulação das palavras, HANSON et al. (1995) acreditam que as más oclusões que mais influenciam esse processo são aquelas em que os dentes anteriores estão muito inclinados anteriormente; as mordidas abertas; e nas grandes diferenças de tamanho entre os maxilares. Essa afirmação limita a ação perniciosa das más oclusões sobre a fala a determinados casos, mas a torna legítima em outros. Do ponto de vista estatístico foi altamente significativa a correlação entre OITN e o padrão de fala do paciente atestado pelo aluno da pós-graduação ( $p= 0,00$ ), conforme a TABELA 7. Dos pacientes incluídos nos nível 1 do OITN nenhum apresentou fala atípica e, à medida que a má oclusão ficava mais grave, maior era o percentual de pacientes com a fala prejudicada até o índice de 51,06% ( $n= 24$ ) dos pacientes do OITN 5. Passando por 36,07% ( $n=22$ ) no nível 4, 26,47% ( $n=9$ ) no nível 3, e 18,75% ( $n=3$ ) no nível 2. Neste caso confirmam-se as afirmações de KEROSUO et al (1995), HANSON et al. (1995) e SHAW (1997), pois, certamente, não foi a gravidade, mas o tipo da má oclusão, como as que anteriormente foram citadas por esses autores, que determinou essa associação. Ou seja determinado tipo e mal posicionamento dentário pode alterar a fala mais do que outros. E há que se ressaltar, ainda, que as alterações na fala podem se fazer presentes, mesmo na ausência de uma má oclusão.

Ainda é notório ressaltar que o profissional que aferiu essas condições pode estar influenciado pela gravidade, ou tipo da má oclusão ao atestar sua correlação com a fala ou com as demais funções orais. Por isso, deve receber também certa importância, a opinião do paciente sobre aquela influência.

Tabela 7- Correlação existente entre os níveis do OITN e os padrões da fala.\*

	Fala Atípica	Fala normal	Total da linha
OITN			
1	0	5	5
Coluna %	0,00	4,76	
Linha %	0,00	100,00	
Total em relação ao universo amostral (%)	0,00	3,07	3,07
2	3	13	16
Coluna %	5,17	12,38	
Linha %	18,75	81,25	
Total em relação ao universo amostral (%)	1,84	7,98	9,82
3	9	25	34
Coluna %	15,52	23,81	
Linha %	26,47	73,53	
Total em relação ao universo amostral (%)	5,52	15,34	20,86
4	22	39	61
Coluna %	37,93	37,14	
Linha %	36,07	63,93	
Total em relação ao universo amostral (%)	13,50	23,93	37,42
5	24	23	47
Coluna %	41,38	21,90	
Linha %	51,06	48,94	
Total em relação ao universo amostral (%)	14,72	14,11	28,83
Total da coluna em relação ao universo amostral (n)	58	105	163
Total da coluna em relação ao universo amostral (%)	36,02	63,98	100,00

\*Associação considerada estatisticamente significativa (  $p= 0,06$ ) pelo teste do Qui - quadrado de Pearson.

A literatura é extensa sobre a relação existente entre as oclusopatias e atipias na fala, mas HANSON et al. (1995) alertam para o pouco que se escreveu sobre a influência do tratamento ortodôntico em relação a este distúrbio. No entanto para JENNY (1975), se a mastigação ou a fala estão interligadas com a oclusão dentária sendo sua causa ou conseqüência, é imperativa uma intervenção ortodôntica. Assim como nos distúrbios relativos à deglutição e mastigação, a correção ortodôntica irá, em

proporcionar, dentre outros benefícios, uma melhor articulação das palavras, uma mastigação sem a interferência patológica dos dentes e uma deglutição normal. Ainda que o paciente seja motivado ao tratamento primeiramente pelos fatores estéticos, as disfunções bucais devem ser levadas em consideração na indicação de uma terapia ortodôntica.

Lançando um olhar sobre outro tipo de alteração funcional oral, as disfunções nas ATM, tipicamente associadas pelo senso comum dos pacientes, e também de muitos profissionais, aos problemas de articulação dentária, pode-se constatar que segundo o exame dos pós-graduandos, apenas 34,68% (n=56) dos usuários da clínica apresentavam a referida disfunção (Gráfico 7).

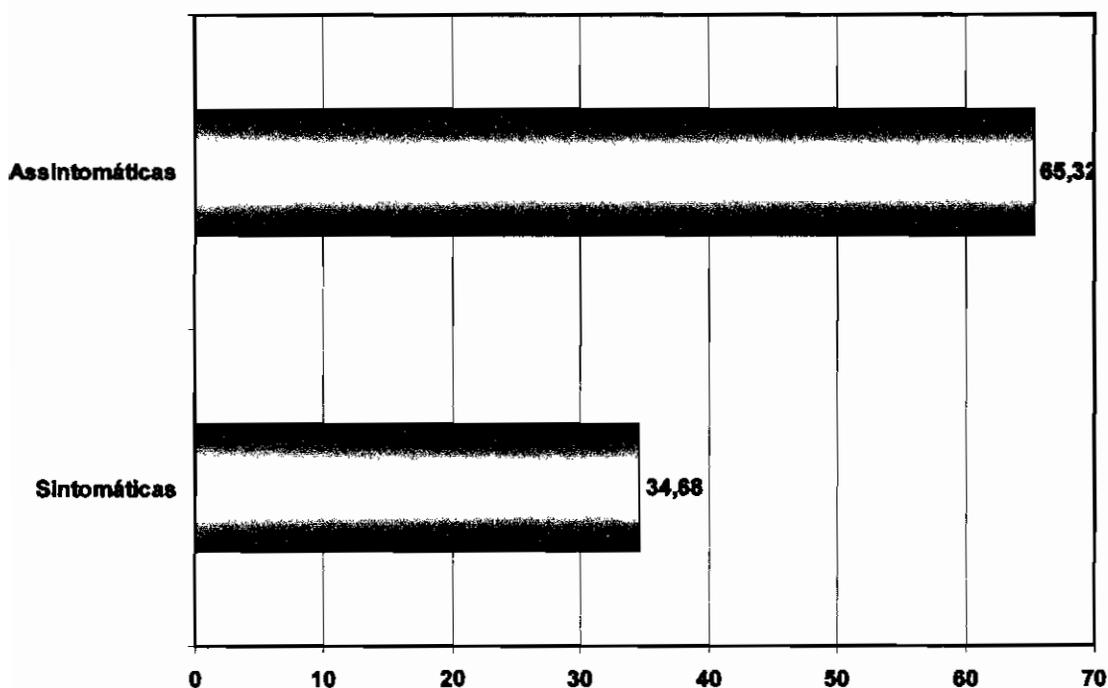


Gráfico 7- Distribuição dos pacientes de acordo com as condições das articulações têmporo-mandibulares.

NARDINI (2001) afirmou que as ATM estavam estruturalmente e funcionalmente ligadas à base do crânio, à coluna vertebral, aos maxilares e aos dentes, e por isso que seu exame era imprescindível em uma anamnese para diagnóstico ortodôntico. Entretanto, as correlações entre o OITN e as disfunções têmporo-mandibulares (DTM) não se mostraram significativas do ponto de vista estatístico no

presente trabalho, pois os pacientes com sintomas ou distúrbios na ATM se encontravam distribuídos em todos os níveis daquele índice. Entretanto, pode-se destacar o nível 5, no qual 43,87% ( n= 24) dos pacientes com sintomas se encontravam.(Tabela 8).

Tabela 8- Associação entre as disfunções articulares e o OITN.\*

	ATM sintomáticas	ATM assintomáticas	Total da linha
<b>OITN</b>			
1	1	4	5
Coluna %	1,75	3,77	
Linha %	20,00	80,00	
Total em relação ao universo amostral (%)	0,61	2,45	3,07
2	7	9	16
Coluna %	12,28	8,49	
Linha %	43,75	56,25	
Total em relação ao universo amostral (%)	4,29	5,52	9,82
3	11	23	34
Coluna %	19,30	21,70	
Linha %	32,35	67,65	
Total em relação ao universo amostral (%)	6,75	14,11	20,86
4	16	45	61
Coluna %	22,03	34,62	
Linha %	26,23	73,77	
Total em relação ao universo amostral (%)	9,82	29,20	37,42
5	24	23	47
Coluna %	43,87	31,42	
Linha %	51,06	48,94	
Total em relação ao universo amostral (%)	14,72	14,11	28,83
Total da coluna em relação ao universo amostral (n)	56	107	163
Total da coluna em relação ao universo amostral (%)	34,68	65,32	100,00

\* Associação considerada não estatisticamente significativa pelo teste Qui quadrado  $p=$  (0,19).

A literatura é bastante controversa quando se refere à reabilitação oclusal como método de se tratar as DTM, assim como as implicações das más oclusões sobre as ATM. Estudando pacientes no pós-tratamento SADOWSKY et al. (1997) concluíram que o tratamento ortodôntico na adolescência não aumentava nem diminuía os riscos de desenvolvimento de uma DTM pelo paciente no futuro. Entretanto, RIOLO et al. (1997) avaliaram 1342 pacientes e associaram os sinais e sintomas presentes nas ATM com seu estado oclusal. Evidenciaram que as mudanças funcionais não se correlatavam às DTM, e as más oclusões que mais provavelmente poderiam estar associadas às disfunções acima, eram os *overjets* excessivos ou negativos e as discrepâncias de tamanho dos maxilares, principalmente casos de Classe II esquelética<sup>11</sup> \*. Também reportavam que os indivíduos mais velhos mostravam uma maior associação dessas más oclusões com os sintomas.

Não há ainda bases científicas que correlacionem, definitivamente, ou que refutem os efeitos maléficos das más oclusões como um todo sobre as ATM. Com fundamentação literária e com base nos achados da presente pesquisa, pode-se dizer que alguns tipos de más oclusões estão correlatados às DTM, mas estas também têm como causa comum, um componente emocional, o que deve ser avaliado cuidadosamente na propedêutica para definição de necessidade do tratamento ortodôntico.

Passando ao âmbito social das oclusopatias, quando arguídos sobre qual era seu maior problema dentário, 73,75% (n=121) dos pacientes responderam ser a posição de seus dentes, enquanto 13,13% (n=21) se preocupavam mais com a coloração dos mesmos. Cerca de 13,13% (n=21) dos entrevistados achavam que seu principal problema dentário era relativo às cáries e restaurações (Gráfico 8).

---

<sup>11</sup> Classe II esquelética é a situação em que a maxila se encontra demasiadamente à frente da mandíbula, no plano sagital. Pode ser pelo crescimento excessivo da primeira, pelo crescimento diminuído da última ou pela associação dos dois problemas.

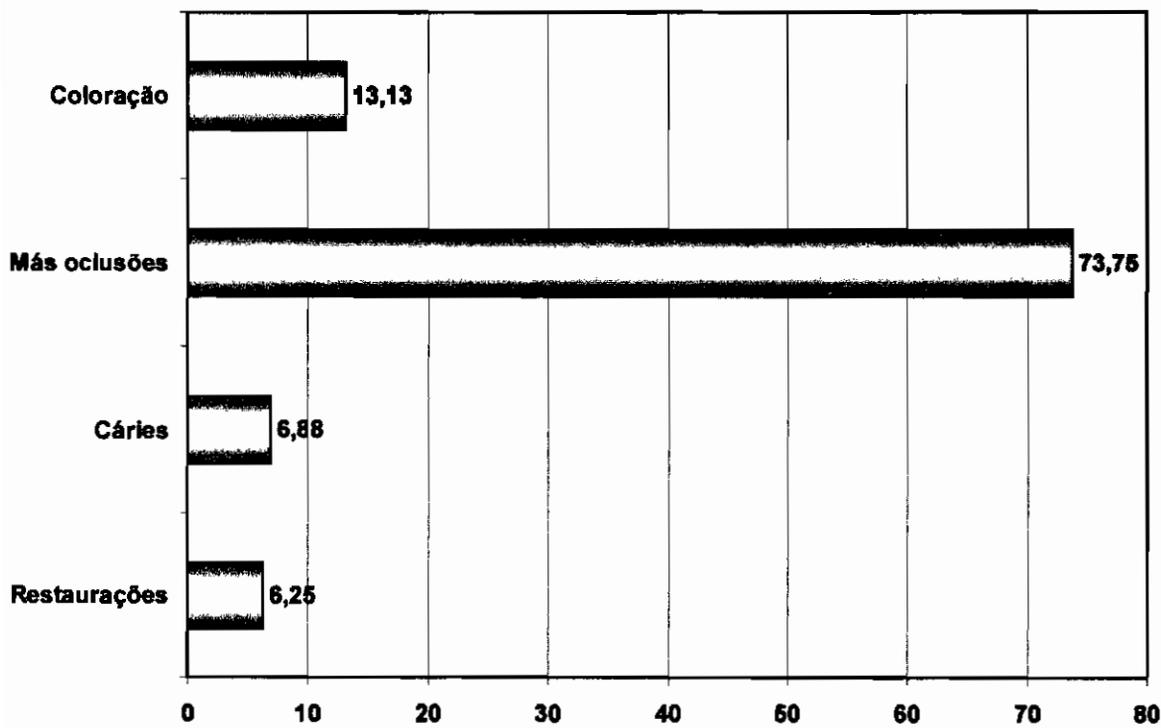


Gráfico 8- A auto percepção dos usuários quanto à sua condição bucal.

PERES et al. (2002) avaliaram 315 crianças de uma escola de Florianópolis e classificaram suas oclusopatias quanto aos critérios clínicos e, simultaneamente, um questionário sobre sua auto-satisfação com a aparência foi aplicado. Constataram que, do total de jovens com alguma oclusopatia, (62,3%) se apresentavam satisfeitos com a aparência e dentre os que necessitavam de tratamento ortodôntico, apenas a metade se dava conta do problema. Os resultados acima não se mostraram concordantes com os desta pesquisa, em que a auto percepção da condição bucal é nitidamente aparente na análise do motivo que trouxe o indivíduo à clínica. Para a ampla maioria dos pacientes em tratamento na CO, a questão que mais lhe chamava a atenção em seus dentes era o posicionamento dos mesmos.

As respostas às diferentes implicações psicossociais das más oclusões estão representadas no Gráfico 9. Para a pergunta sobre a influência dos dentes em algum tipo de constrangimento, nas reações negativas por parte de outras pessoas, ou em um desconforto social, a maioria dos pacientes 56,44% (n=92) respondeu que não e 43,56% (n=71) responderam afirmativamente.

Do grupo estudado, 89,57% (n= 146) responderam que as oclusopatias nunca foram um impedimento para o exercício de funções sociais como iniciar um relacionamento afetivo, conseguir empregos, dentre outros, enquanto 80,37% (n=131) apostavam no tratamento ortodôntico como forma de melhora em suas relações sociais. Cerca de 93,25% (n= 52) responderam que esperavam uma melhora na sua auto-estima com correção ortodôntica.

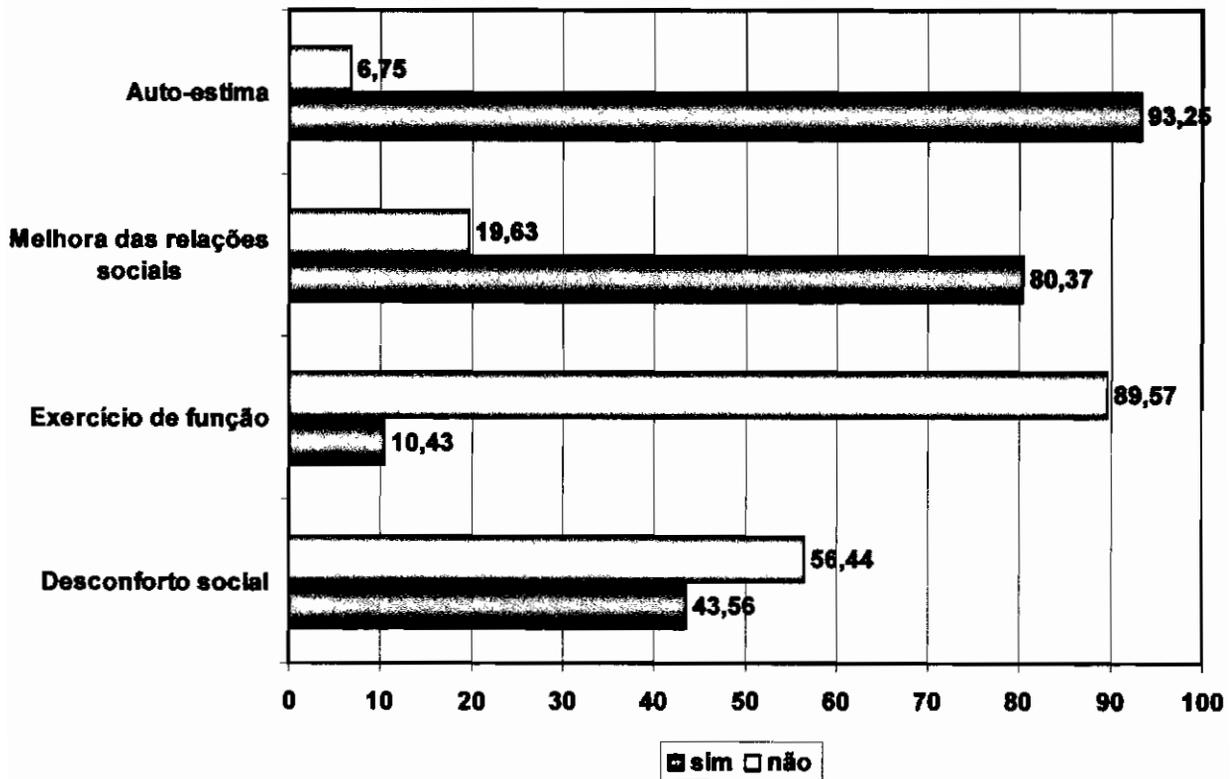


Gráfico 9- Representação das respostas dos pacientes às perguntas 5, 6, 7 e 8 do questionário psicossocial

HOLLISTER (1993) e MONACO, BOSSUM e MANCI (1997) afirmaram que as más oclusões interferiam no bem-estar das pessoas. KEROSUO (1995) e BALDWIN (1997) além de corroborarem com a afirmação, falam da forma com que as referidas patogenias prejudicam o julgamento social do indivíduo, tendendo a sociedade a tratar melhor as pessoas com uma melhor estética dental. O suporte literário é vasto no

diz respeito às questões sociológicas, envolvendo as más oclusões, havendo uma concordância unânime entre pesquisadores das áreas afins sobre esta correlação.

O trabalho de campo investigou a percentagem de pacientes que havia relatado respostas negativas da sociedade, causando-lhes constrangimento ou vergonha devido à má oclusão por eles apresentada. O resultado mostrou que, curiosamente apenas 43,56% (n=71) dos entrevistados respondeu que sim. E houve claramente maior número de respostas afirmativas por parte dos indivíduos pertencentes aos níveis 4 e 5 do OITN, sendo os escores de 52,46% (n=32) e 48,94% (n=23) respectivamente, contra 25,00% (n=4) no nível 2 e 26,47% (n=9) no 3 (TABELA 9). O maior percentual de pacientes que responderam afirmativamente à pergunta 60,00% (n=3) se enquadrava no nível 1 do índice, entretanto, há que se observar com cuidado esses percentuais, pois é pequeno o número de pacientes incluídos no nível 1 do OITN. Em decorrência deste número reduzido de pacientes, a possibilidade de um erro na coleta dos dados se torna mais real, da mesma forma que uma má interpretação da pergunta pelo entrevistado pode alterar os resultados em larga escala.

Tabela 9- Correlação entre OITN e Pergunta 5 do Anexo V: "Sua má oclusão já lhe causou algum sentimento de vergonha ou desconforto diante de outras pessoas?". \*

	Sim	Não	
<b>OITN</b>			
1	3	2	5
Coluna %	4,23	2,17	
Linha %	60,00	40,00	
Total em relação ao universo amostral (%)	1,84	1,23	3,07
2	4	12	16
Coluna %	5,63	13,04	
Linha %	25,00	75	
Total em relação ao universo amostral (%)	2,45	7,36	9,82
3	9	25	34
Coluna %	12,68	27,17	
Linha %	26,47	73,53	
Total em relação ao universo amostral (%)	5,52	15,34	20,86
4	32	29	61
Coluna %	45,07	31,52	
Linha %	52,46	47,54	
Total em relação ao universo amostral (%)	19,63	17,79	37,42
5	23	24	47
Coluna %	32,39	26,09	
Linha %	48,94	51,06	
Total em relação ao universo amostral (%)	14,11	14,72	28,83
Total da coluna em relação ao universo amostral (n)	71	92	163
Total da coluna em relação ao universo amostral(%)	43,56	56,44	100,00

\* O teste do Qui-quadrado de Pearson considerou a associação entre as variáveis estatisticamente significativa ( $p= 0,05$ ).

RUTZEN (1973), ao testar a relação entre tratamento ortodôntico e inserção social, entrevistou 252 pessoas que já haviam sido submetidas ao tratamento ortodôntico e 67 pessoas portadoras de uma má oclusão grave mas não tratada. Não foram constatadas diferenças estatisticamente significativas quanto à classe social e quanto ao estado civil entre os dois grupos, porém quanto à ocupação profissional, o resultado foi significativo, com uma porcentagem de 36% do grupo tratado e 23% do grupo que não havia recebido o tratamento. Quando o paciente da CO foi questionado sobre a

influência de sua condição bucal no exercício das funções sociais 89,57% (n=146) respondeu que não, entretanto, quando a pergunta versava sobre a expectativa da melhora nas relações sociais, 80,37% (n=131) respondeu afirmativamente. PERES (2002) ratificou a importância de uma oclusão estética para uma boa inserção no mercado de trabalho e para o sucesso profissional. Estes achados e opiniões refletem a importância socioeconômica de uma oclusão agradável, sem grandes deformidades, que pode interferir durante a procura por um emprego ou mesmo no nível da função ocupada, de acordo com HOLLISTER (1993).

A correlação feita entre os níveis do OITN e as respostas das duas perguntas acima não revelou significância estatística. A distribuição percentual dos pacientes que responderam negativamente à pergunta número 6, nos diferentes níveis do OITN, foi aproximada (TABELA 10). A maioria dos pacientes não reportou deixar de exercer suas funções sociais em virtude de suas condições bucais. Mas os índices de respostas afirmativas aumentou proporcionalmente à gravidade da má oclusão, e ao nível do OITN. A TABELA 11 mostra uma distribuição percentual elevada de pacientes que responderam afirmativamente à pergunta número 7 do ANEXO V. Fica claro que a expectativa em torno da melhora na qualidade de vida após o tratamento ortodôntico era muito próxima para todos os pacientes seja qual for sua oclusopatia. Isso deve ser tomado como alerta para os ortodontistas, pois o tratamento dos casos mais graves e deformantes melhora a qualidade de vida das pessoas, mas pode criar expectativas irrealísticas no paciente, principalmente nos que apresentam más oclusões menos severas, que procura o tratamento ortodôntico para "mudar de vida". Essas expectativas devem ser freadas pelo ortodontista.

Tabela 10- Associação entre as variáveis OITN e a pergunta 6 do ANEXO V sobre a existência de impedimento pelas más oclusões do exercício das funções sociais. \*

	Sim	Não	
OITN			
1	0	5	5
Coluna %	0,00	3,42	
Linha %	0,00	100,00	
Total em relação ao universo amostral (%)	0,00	3,07	
2	0	16	13,07
Coluna %	0,00	10,96	
Linha %	0,00	100,00	
Total em relação ao universo amostral (%)	0,00	9,82	9,82
3	2	32	34
Coluna %	11,76	21,92	
Linha %	5,88	94,12	
Total em relação ao universo amostral (%)	1,23	19,63	20,86
4	8	53	61
Coluna %	47,06	36,30	
Linha %	13,11	86,89	
Total em relação ao universo amostral (%)	4,91	32,52	37,42
5	7	40	47
Coluna %	41,18	27,40	
Linha %	14,89	85,11	
Total em relação ao universo amostral (%)	4,29	24,54	28,83
Total da coluna em relação ao universo amostral (n)	17	146	163
Total da coluna em relação ao universo amostral (%)	10,43	89,57	100,00

\*A associação foi considerada não significativa estatisticamente, de acordo com o Teste do Qui-quadrado de Pearson ( $p= 0,33$ )

Tabela 11- Associação entre as variáveis OITN e a pergunta 7 (ANEXO V) sobre a melhora nas funções sociais do paciente após o tratamento ortodôntico. \*

	Sim	Não	
OITN			
1	5	0	5
Coluna %	3,82	0,00	
Linha %	100,00	0,00	
Total em relação ao universo amostral (%)	3,07	0,00	3,07
2	15	1	16
Coluna %	11,45	3,13	
Linha %	93,75	6,25	
Total em relação ao universo amostral (%)	9,20	0,61	9,82
3	29	5	34
Coluna %	22,14	15,63	
Linha %	85,29	14,71	
Total em relação ao universo amostral (%)	17,79	3,07	20,86
4	48	13	61
Coluna %	36,64	40,63	
Linha %	78,69	21,31	
Total em relação ao universo amostral (%)	29,45	7,98	37,42
5	34	13	47
Coluna %	25,95	40,63	
Linha %	72,34	27,66	
Total em relação ao universo amostral (%)	20,86	7,98	28,83
Total da coluna em relação ao universo amostral (n)	131	32	163
Total da coluna em relação ao universo amostral (%)	80,37	19,63	100,00

\* A associação foi considerada não significativa estatisticamente, de acordo com o Teste do Qui-quadrado de Pearson ( $p= 0,23$ ).

Na análise das respostas dadas às perguntas 6 e 7, o que pode parecer um paradoxo, na verdade reflete a adaptação das pessoas frente aos revezes e vicissitudes. Fica caracterizado que, apesar de causar desconforto no relacionamento interpessoal, os problemas buco-faciais não chegam a impedir ou mudar o curso de uma vida normal, pelo menos para a maioria dos pacientes entrevistados. As pessoas se sentem desconfortáveis face às suas limitações buco-faciais, entretanto, não fazem delas barreiras intransponíveis quando o objetivo é sobreviver. A importância do tratamento

ortodôntico está bem resumida na grande expectativa em torno do mesmo para a melhora na qualidade de vida dos pacientes.

Resultados semelhantes aos da presente dissertação foram obtidos por McGRATH et al. (2002) que, utilizando os critérios funcionais e psicossociais, investigaram o impacto das condições bucais sobre a qualidade de vida dos ingleses. Constataram que para a maioria dos entrevistados, a questão da saúde oral, como um todo -e as más oclusões aí estavam incluídas- interfere na qualidade de vida. Para SHAW (1981), embora os dados que demonstram as implicações sociais das más oclusões sejam de pesquisas e simulações, na vida real é notória essa influência, porém sua especulação deve ser evitada e as investigações similares devem ser complementadas com outros estudos. Isso implica em dizer que apesar de evidentes as correlações sociais com as más oclusões, é difícil de se mensurar esses dados subjetivos, principalmente quando as questões culturais mascaram ou alteram as respostas. Todavia, pode-se pensar, indutivamente, que os indivíduos com oclusão o mais próximo do ideal possível dispõem de um melhor nível de relacionamentos sociais e em consequência uma melhor inserção no mercado de trabalho, na vida social como um todo e uma melhor qualidade de vida no campo pessoal.

A auto-estima, para 92,25% (n=152) dos pacientes seria melhorada após o tratamento. Porém, os resultados do trabalho de RUTZEN (1973) não corroboram os achados aqui citados, pois em sua investigação não foram encontradas diferenças significativas quanto à auto-estima entre um grupo tratado ortodonticamente e outro não tratado. Todavia, para 20% do grupo tratado, as correções na estética facial e oral - dentes e sorriso- foram consideradas as maiores melhorias estéticas por que passaram, enquanto para 43% do grupo não tratado o pior item de sua estética era justamente seus dentes e seu sorriso.

No trabalho de campo desta dissertação foi feita a associação entre a expectativa de melhora da auto-estima e os níveis de OITN (TABELA 12). Foi rejeitada a hipótese de existir associação entre esses fatores, pois um percentual muito próximo de respostas afirmativas foi constatado entre os diferentes níveis de OITN. Ainda que houvesse uma tendência crescente no número de pacientes que responderam sim, à medida que a gravidade da má oclusão aumentava, que se observou do nível 1- 80,00%

(n=4) ao 4- 95% (n=58), a diferença entre os percentuais foi pequena. Entende-se que, seja qual for a má oclusão, seja qual for sua gravidade, ou necessidade de tratamento ortodôntico os pacientes da CO, em sua maioria absoluta, acreditavam na melhora em sua auto-estima após o tratamento ortodôntico. Isso reflete na importância dada pelos pacientes à estética e à vontade de melhorar sua aparência e mesmo a auto estima.

Tabela 12- Associação entre as variáveis OITN e pergunta 8 (ANEXO V) sobre o aumento na auto-estima do paciente após o tratamento ortodôntico. \*

	Sim	Não	
OITN			
1	4	1	5
Coluna %	2,63	9,09	
Linha %	80,00	20,00	
Total em relação ao universo amostral (%)	2,45	0,61	3,07
2	15	1	16
Coluna %	9,87	9,09	
Linha %	93,75	6,25	
Total em relação ao universo amostral (%)	9,20	0,61	9,82
3	32	2	34
Coluna %	21,05	18,18	
Linha %	94,12	5,88	
Total em relação ao universo amostral (%)	19,63	1,23	20,86
4	58	3	61
Coluna %	38,16	27,27	
Linha %	95,08	4,92	
Total em relação ao universo amostral (%)	35,58	1,84	37,42
5	43	4	47
Coluna %	28,29	36,36	
Linha %	91,49	8,51	
Total em relação ao universo amostral (%)	26,38	2,45	28,83
Total da coluna em relação ao universo amostral (n)	152	11	163
Total da coluna em relação ao universo amostral (%)	93,25	6,75	100,00

\* A associação foi considerada não significativa estatisticamente, de acordo com o teste do Qui-quadrado de Pearson ( $p=0,73$ ).

Deve-se levar em conta que pode haver certa dificuldade em se estabelecer os conceitos de auto-estima e auto-imagem, pois essa última é a forma com que a pessoa se vê e que pode sofrer melhoras significativas após o tratamento ortodôntico. Ainda há que se considerar as opiniões de SHAW (1991), de que as más oclusões não só parecem influir pouco na auto-estima, como o efeito parece seguindo em direção inversa, ou seja, a auto-estima das pessoas faz com que o julgamento pessoal na severidade das más oclusões seja influenciado. Pessoas com auto-estima baixa tendem a superestimar sua condição bucal e vice-versa.

A hipótese de que o tratamento ortodôntico melhora a auto-estima pode ser contestada, mas não se pode negar que o tratamento afeta, e melhora a auto-avaliação das pessoas quanto à sua aparência, além de influir na conduta do paciente tratado perante à sociedade de um modo geral. VARELA et al. (1995), por exemplo, mostraram uma menor inibição nos pacientes ortodônticos após o tratamento, além de um incremento no superego e um aumento na estabilidade emocional. Isso pode ser explicado pela maior maturidade dos pacientes com o passar do tempo, independentemente do resultado do tratamento ortodôntico, e o aumento no superego pode ser atribuído à disciplina imposta durante o tratamento, não refutando as alterações que se processam na personalidade dos pacientes.

Se a melhora é na auto-estima ou na auto-imagem do paciente, não há subsídios evidentes para a resposta, havendo uma necessidade de maiores investigações científicas sobre o assunto. Entretanto, as respostas ao questionário psicossocial da CO/UFJF foram relevantes embora o instrumento não fosse validado epidemiologicamente, o que não tira o seu mérito, pois em sua formulação e aplicação estavam envolvidos profissionais que direcionam o paciente na resposta, sem influenciá-lo.

Uma análise global das respostas dadas pelos usuários da CO ao questionário psicossocial revela que a estética é um dos maiores objetivos em relação ao tratamento e não restam dúvidas de que o paciente espera ver sua imagem e suas condições de vida aprimoradas após a conclusão da terapia ortodôntica.

As análises dos dados obtidos na presente pesquisa, mostraram que as relações sociais do indivíduo se tornam mais frágeis quando estão envolvidas questões

de aparência buco-facial. E o desempenho social do indivíduo aparece afetado pelas más oclusões. O paciente tem consciência de seu problema, já que o incomoda, ao ponto de tirá-lo de algumas atividades sociais.

A auto-estima do paciente, independente da má oclusão apresentada, parece influir mais na determinação da importância da má oclusão do que o inverso, pois o paciente, de um modo geral, espera se ver melhor esteticamente após o tratamento.

Muito significativos também foram os achados que se referiam ao âmbito biológico e das funções orais do paciente, uma vez que essas se mostravam mais sensíveis às oclusopatias, do que rotineiramente é referido na literatura científica. Pode-se afirmar que para os pacientes da CO/UFJF, as implicações biológicas das más oclusões são equivalentes em importância às implicações psicossociais das mesmas.

## **6. ALGUMAS RECOMENDAÇÕES PARA A EFETIVA INCORPORAÇÃO DA ORTODONTIA COM EQUIDADE NA UFJF E NO SUS**

### **6.1. Sugestões de um sistema de triagem na CO/UFJF**

O primeiro passo em uma política de saúde que envolva a Ortodontia, diz respeito a um método de seleção dos pacientes para o tratamento, face às implicações das más oclusões dentárias em diversos aspectos, evidenciados pela pesquisa de campo, objeto desta dissertação.

É necessário que o sistema de seleção para o tratamento seja multifacetado. A triagem deve abranger os campos: biológico, psicossocial e econômico. Através dos índices de necessidade de tratamento ortodôntico e da análise das implicações funcionais das más oclusões, detecta-se a real necessidade orgânica de se corrigir a desarmonia dento-facial. Com a análise psicossocial, constata-se o conhecimento da intenção do paciente quanto ao tratamento, sua expectativa de melhor inserção social e melhora na imagem e auto-estima. No âmbito socioeconômico, a prioridade deve ser dada ao paciente cujas possibilidades de tratamento são menores, assim como àqueles com menor poder aquisitivo.

Tanto em nível da CO/FO/UFJF, como no setor público, o sistema de triagens respeitará o paciente e será um importante avanço junto à equidade, dando a cada um, o acesso ao tratamento, de acordo com sua necessidade.

Embora a UFJF não seja vinculada ao SUS, ela é um polo de referência de serviços de saúde, inclusive de Ortodontia, para os indivíduos mais carentes de toda a região da Zona da Mata mineira. A FO/UFJF detém, com isso, um importantíssimo papel social na prestação de serviços, especialmente se referindo à Ortodontia, além da função formadora de pessoal. Uma seleção igualitária, torna-se necessária para que o acesso a estes serviços seja menos excludente no âmbito sociológico e para que, em última instância, contribua para dinamizar uma política local de bem-estar social.

A UFJF não pode arcar sozinha com a responsabilidade desta transformação sanitária. Tampouco a CO pode assumir o ônus da solução de todos os problemas de mal posicionamento dentário. Deve ser enfatizado que o principal objetivo da clínica é o ensino e formação de recursos humanos, entretanto, pode haver um esforço comum para que haja a minimização dos problemas bucais da população mais necessitada. Garantir o acesso da clientela de baixa renda e que apresentam grande necessidade de tratamento é uma forma inequívoca de prática dos direitos à saúde garantidos pela Constituição Federal. E somará o papel social ao já relevante posto de centro de excelência em formação profissional que é a CO.

O acesso igualitário é dependente de uma seleção para tratamento não excludente, mas que definirá prioridades. Dada à escassez de recursos para o financiamento de tais ações, a triagem definirá a severidade dos casos para tratamento e os mais graves teriam preferência em detrimento a 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 este benefício para onde houver maiores necessidades, sejam elas de ordem econômica, social ou biológica. A possibilidade de operacionalidade da proposta é real, pois a clínica já está em funcionamento e dispõe de recursos humanos altamente qualificados, dos insumos necessários ao processo terapêutico, além de se encontrar nas instalações de uma Faculdade de Odontologia de uma Instituição de Ensino Superior Federal.

Se implantado um sistema de triagens que vise atender a pacientes que sofram com os efeitos sociais nefastos de uma significativa desarmonia dento-facial e àqueles que não podem pagar pelos serviços particulares e que sejam referenciados pelo sistema público de saúde, os serviços ortodônticos da UFJF serão modelo não só na prática profissional, mas em política de saúde bucal.

BROWN et al. (1987) e ALBINO et al. (1994) salientam que para o tratamento ortodôntico financiado pelo Estado, nada mais justo que haja critérios de ingresso. Ainda que, segundo esses autores, estimativas baseadas em estatísticas apontam para uma porcentagem de 70% da população ser afetada com algum tipo de

desarmonia oclusal, a porcentagem de pessoas que apresentam maior gravidade nos casos para quem o tratamento é altamente necessário está em torno de 5%. E ainda deve-se observar que entre as pessoas que buscam por tratamento, 80% o faz por motivos estritamente cosméticos. A triagem evitaria o que foi reportado por TICKLE et al. (1999): a maioria das crianças que procurava por tratamento ortodôntico no setor público inglês não apresentava uma necessidade de tratamento indicada pelos métodos normativos.

Para FOSTER et al. (1979) os índices de prioridades devem ser obedecidos para que não se trate de indivíduos com problemas menos severos em detrimento de outros com problemas desfigurantes. Na UFJF, por exemplo, os 30% das vagas ocupadas por pacientes com baixa necessidade de tratamento ortodôntico, poderiam estar sendo utilizadas por uma clientela com OITN nos níveis 4 ou 5. Além disso, é necessário um planejamento sobre os recursos que serão usados para a execução desse tipo de tratamento sobre os honorários profissionais, material gasto e, por fim, a origem e alocação dos recursos.

O critério clínico deve ser o primeiro observado em um sistema de seleção para tratamento. A exemplo de países como Inglaterra, Suécia e Finlândia, os aspirantes ao tratamento passam por uma bateria de exames em que sua condição oclusal é aferida. Portanto, um exame clínico que definirá a necessidade de tratamento da clientela faz-se imprescindível. Na anamnese ainda devem ser constatadas as alterações mais comumente causadas pelas más oclusões à fisiologia oral normal, como os problemas na fala e deglutição.

As disfunções articulares também podem se enquadrar nesses requisitos biológicos para a triagem, mas com um amparo literário, e sob o endosso dos resultados da análise da população atendida pela CO, é possível acreditar que a relação DTM e má oclusão seja fraca. Contudo, o assunto merece ser tratado com a complexidade que lhe convém em trabalhos posteriores.

O uso de métodos que medem as más oclusões em si e as classificam em graus de prioridades de tratamento são eficazes. Porém, há que se pensar nos fatores subjetivos implícitos na questão má oclusão. Suas influências psicossociais devem ser

explorados. Bem como, a vontade do paciente de receber o tratamento, a percepção de sua saúde bucal e o conhecimento dos benefícios que aquele lhe trará nas esferas biológica, social e psicológica.

COHEN (1970) escreveu que uma definição de má oclusão na perspectiva da saúde pública deve incluir seus fatores implícitos: sociológicos, psicológicos e culturais. KENEALLY et al. (1991) informam sobre a importância de se observar os aspectos psicológicos referentes à má oclusão do paciente que se propõe ao tratamento ortodôntico, assim como sua adaptação social perante seu problema bucal, mesmo considerando que manifestações psicossociais e a estética são coisas difíceis de se medir.

A análise dos pacientes da CO/FO/UFJF sob a ótica psicossocial tornou notória a importância para os indivíduos, de se ter uma auto-imagem compatível com os ditames sociais. Ainda que a vontade de melhorar a aparência facial e as relações sociais não estejam significativamente ligadas à gravidade das más oclusões, essa vontade existe e foi um dos principais motivos que levaram o paciente à CO.

MONACO et al. (1997) propuseram um método de escolha de pacientes para tratamento ortodôntico que levaria em consideração: i) o segmento objetivo, ou seja, as condições de saúde bucal do indivíduo; ii) os sintomas subjetivos, no qual seriam abordados com o paciente questões referentes às suas ansiedades e anseios perante o tratamento e o modo com que vê sua saúde bucal; iii) e finalmente, a aceitabilidade social, que visará observar as implicações sociais e culturais cerca do tratamento. Para os autores é necessário que se leve em consideração os três segmentos de uma maneira global, pois nunca se sabe quais dentre eles têm o maior peso para determinado paciente. Juntando os sintomas subjetivos, com as condições objetivas e os fatores sociais, o risco de se cometer uma injustiça na seleção é muito menor. A triagem não deve sugerir a necessidade de tratamento, e sim descobrir onde a necessidade existe.

No Brasil, a escassez de recursos faz com que as triagens e escolhas de pacientes para tratamento ortodôntico via sistema público ou afins, deva ser muito mais minuciosa e priorize aquele de mais baixa renda, mais desassistido, SUS dependente e com os problemas oclusais mais severos que ajudam a excluí-lo da sociedade. Faz-se mister, então, a observação dos indicadores socioeconômicos da clientela que se

se perde um elemento dentário por problemas periodontais antes da sexta década de vida.

Com o grande declínio da cárie e com o efetivo controle das doenças periodontais, muito devido às ações de políticas públicas de saúde bucal, abre-se um espaço merecido e necessário para o tópico das más oclusões no setor público. Esse tema ainda consiste em algo utópico quando se pensa em aproximar a Ortodontia elitizada e privatista das ações de saúde voltadas a todos. Esse duro golpe que vem sofrendo a prevalência da cárie estabeleceu um senso comum de que há necessidades de se desbravar novos caminhos de atenção em saúde bucal pública: o tratamento das más oclusões dentárias.

Defender ou idealizar um modelo assistencial que ofereça à população um tratamento ortodôntico não é o estabelecimento de uma escala de valores em que as más oclusões liderem. É cogitar a idéia de que o problema, embora não seja nem o mais grave nem o mais prevalente em saúde bucal, não pode ser ignorado da forma que o vem sendo nas políticas públicas vigentes. Pois, isso faz-se mister tanto pela sua alta prevalência como por ser grande seu impacto na qualidade de vida das pessoas, como já foi discutido e evidenciado anteriormente. Essa inclusão do tratamento ortodôntico no SUS deve ser feita obedecendo a critérios específicos, face à atual situação do financiamento da saúde no Brasil e sempre calcada nos princípios do SUS de integralidade, equidade e universalização. A abertura dessa nova realidade para o SUS garantiria o atendimento a uma clientela que não consegue comprar os serviços ortodônticos particulares e, principalmente, àquela que apresenta uma grande necessidade de receber a terapia.

Falar em políticas de saúde sem respeitar os princípios constitucionais é contribuir para que as desigualdades sociais sejam cada vez maiores. Então, falar em política pública de saúde bucal, deve-se referir a todos os segmentos da Odontologia e não somente cáries e doenças periodontais. Adotando esta linha de pensamento é que se priorizou o tema abordado nesta dissertação. Não se trata de utopia ou de uma teoria a mais. Há implícito nela uma ezequibibilidade baseada na alocação de recursos financeiros, na melhor utilização dos recursos humanos e da criatividade profissional além da cooperação entre instituições, públicas ou não.

### 6.2.1. A formação profissional

Qualquer tentativa de se humanizar, integralizar e universalizar o atendimento odontológico passa pela formação profissional. Os *curricula* das Faculdades de Odontologia de toda a América Latina, e especialmente as do Brasil, ainda são flexnerianos, supervalorizando as especialidades, condicionando profissionais ao atendimento individual, curativo e dependente da tecnologia (MENENDEZ et al., 2000). O ensino da Odontologia em saúde coletiva fica isolado, indo de encontro aos seus objetivos. O aluno estuda as especialidades odontológicas (Ortodontia, Endodontia, Periodontia, etc.) como partes dissociadas, e o interesse sanitário da coletividade que deveria ser interdisciplinar e multiprofissional não consegue congrega todas os segmentos da Odontologia.

A especialidade Odontologia em saúde coletiva foi criada em 1992, com a finalidade de direcionar a "praxis" odontológica para o bem comum. Mas será esta a solução? Continuar isolando as partes da Odontologia? E justamente a que deveria congrega todos os setores da área? O conceito de coletividade e a formação de profissionais sanitaristas não pode estar vinculado a um título ou especialidade, mas ao respeito e reconhecimento à atuação dos dentistas-sanitaristas. Este conceito deve estar implícito em cada disciplina que o acadêmico cursar, fruto de uma integração multidisciplinar dos mestres, abrangendo as áreas biológicas, políticas e sociais. O aluno passará, desta forma, a ver o paciente inserido em um contexto social, onde os problemas bucais têm estreitas relações de causa-consequência com sua situação de vida.

No ensino da Ortodontia na graduação o enfoque principal é dado à prevenção e interceptação e este ensino ainda enfrenta algumas barreiras para atingir seu ideal. A especialidade é bastante complexa, pois para seu exercício o conhecimento das outras disciplinas odontológicas deve estar consolidado, o que coloca a Ortodontia nos últimos períodos do curso, tornando inviável a realização de um tratamento ortodôntico total pelo aluno de graduação. E na grade curricular há uma grande priorização da clínica odontológica clássica, restauradora, que ocupa um tempo que poderia ser redistribuído entre as demais especialidades.

candidata a receber tais serviços. A análise desses indicadores será fundamental, pois impedirá que pacientes com melhor poder aquisitivo e com possibilidade de compra de serviços particulares consiga o tratamento, deixando fora deste uma clientela cuja única possibilidade de receber a terapia ortodôntica é representada pelo serviço público.

O binômio renda-origem do paciente, demanda uma análise criteriosa e delicada. Ficou evidenciado que poucos são os pacientes que chegam na clínica ortodôntica via sistema público municipal de saúde e também ficou evidente que o SUS e a demanda espontânea constituem as maiores fontes de pacientes cuja renda é mais baixa, embora o Qui-quadrado não considerasse estatisticamente significativo a associação renda e origem. A CO/UFJF deve funcionar em sincronia com o sistema público de saúde e, para dar credibilidade ao sistema de referência e contra-referência, há de se fazer com que o tratamento do paciente, enviado pelas UBS, pelo projeto SABIA e pelas demais clínicas da FO seja contínuo, é imprescindível que o fator origem do paciente entre nos critérios de seleção.

Outras sugestões cabíveis para um melhor aproveitamento da CO, seria a dinamização do atendimento, sempre mantendo a qualidade, que é inerente aos serviços da clínica. Essa dinamização passaria pelo melhor uso da hora clínica, evitando que se esterilize os recursos técnicos lá presentes e haja o aumento do fluxo de pacientes. Também é necessário que os arquivos, que foram utilizados no trabalho de campo desta dissertação, sejam melhorados, mais completos e até mesmo informatizados em parte, para que possam facultar pesquisas posteriores e comparações dos dados com os de outras instituições.

#### *6.1.1. Um modelo de triagem para a clínica ortodôntica*

Os alunos do curso de especialização em Ortodontia, calibrados e supervisionados por um professor, devem classificar os pacientes de acordo com o OITN, considerando segundo este método, os casos identificados como pertencentes aos níveis 4 e 5 como prioritários, e os demais só poderão ter acesso à terapia ortodôntica caso haja vagas suficientes, ou se os outros critérios se apresentarem relevantes.

O OITN congrega subsídios fundamentais para definir a gravidade da má oclusão e sua influência nas funções orais, pois os pontos de corte e os critérios que compõem cada nível foram cuidadosamente estabelecidos. O paciente na análise clínica receberá um escore proporcional à gravidade de seu caso estabelecido pela aplicação do OITN. Nesta escala, a pontuação deve variar de 1 a 5 de acordo com o grau do OITN. Quanto maior for a necessidade do indivíduo relacionada ao tratamento maior será seu escore e suas chances de consegui-lo. Conforme mostra o Quadro 4.

Quadro 4 Pontuações referentes à classificação do OITN

OITN	Pontuação
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

Uma vez que houve uma associação entre as funções bucais e a fala com os níveis do OITN, uma outra classificação deverá ser feita e um novo escore atribuído durante a avaliação clínica do paciente. A observância aos padrões funcionais bucais, aos padrões fonológicos e às condições da articulação têmporo-mandibular colocará a clientela em ordem de prioridade de tratamento de acordo com as disfunções apresentadas. A associação entre a necessidade de tratamento das más oclusões e ATM não se tornaram evidentes, mas o grande percentual de pacientes que apresentou alguma queixa referente à sintomatologia na mesma articulação, fez com que a saúde das articulações supra citadas fosse incluída nos critérios de seleção. Quanto maior for a interferência do posicionamento dos dentes na fisiologia oral normal, inclusive distúrbios articulares, maior será o escore atribuído ao paciente. Entretanto, os fatores mastigação, fala e deglutição prescindirão às disfunções na ATM em importância por estarem mais evidentemente correlatadas às más oclusões. ( Quadro 5)

Quadro 5- Pontuação referente às implicações funcionais constatadas no exame clínico.

Prejuízos funcionais	Pontuação
1. Sem distúrbios funcionais na fala e com ATM assintomáticas	0
2. Com distúrbios funcionais ou na fala e ATM assintomáticas	1
3. Com distúrbios funcionais ou fonológicos e ATM sintomáticas	2
4. Distúrbios funcionais e na fala ATM assintomáticas.	3
5. Distúrbios funcionais e fonológicos e com sintomatologia nas ATM	4

Os pacientes, seus pais ou responsáveis, por ocasião da entrevista com o especializando, confirmarão sua procedência e receberão um escore proporcional à sua origem. A ordem de prioridades neste quesito deve ser: 1- pacientes já em tratamento em outras clínicas da Faculdade; 2-pacientes vindos do SUS 3- demanda espontânea; 4- funcionários e alunos da Faculdade; 5- referenciados pelo serviço particular.(Quadro 6). Os últimos assim foram classificados, pois vêm de uma consulta com profissional da rede privada, mostrando que de certa forma, a família dispõe de meios de acesso aos serviços odontológicos, não se encontrando à margem do sistema de saúde. Os pacientes já em tratamento na Faculdade e os indicados pelo SUS merecem atenção diferenciada para que se dê continuidade ao tratamento, observando a integralidade das ações de saúde. Há que se notar também que dentre os principais problemas da clínica na atualidade, se encontra o grande número de alunos, funcionários ou seus dependentes em tratamento. Este grupo não pode prescindir o grupo vindo das demais clínicas da FO, ou do SUS, principalmente por se tratar do segundo maior grupo de pacientes com renda entre 5 e 7 1/2 salários mínimos. Contudo, por pertencer aos quadros técnico e discente da Universidade, é inevitável que esta lhes forneça os serviços prestados por suas instituições.

Quadro 6 -Pontuação dos pacientes quanto à origem:

Origem do paciente	Pontuação
1- Serviço Particular	0
2- Aluno/ Funcionário da Faculdade ou dependente	1
3- Demanda espontânea	2
4- SUS	3
5- Outras clínicas da Faculdade de Odontologia	4

A exclusão social das pessoas de baixa renda, a dificuldade de acesso a um tratamento ortodôntico particular, fazem com que o sistema de saúde seja, às vezes, perverso, com um acesso a tratamento muitas vezes negado ou inexistente. VIANNA (2000) já chamava a atenção para o fato de os indivíduos carentes terem uma menor voz ativa e uma tendência menor de expressar sua insatisfação. Garantir a entrada dessa classe com desvantagens socioeconômicas, em uma clínica ortodôntica, é dar um grande passo em direção à prática dos princípios do SUS. Isso deve ser feito através da incorporação de indicadores socioeconômicos na triagem.

Os pacientes serão entrevistados pela assistente social para a averiguação de seu nível socioeconômico. A prioridade deve ser dada à clientela com ganhos familiares mensais que a coloquem no grupo SUS-dependente. O escore estabelecido aqui deve ser inversamente proporcional à renda líquida familiar. Quanto mais baixa for a renda, maior é a pontuação do indivíduo, prestigiando a clientela de menor poder aquisitivo.

Quadro 7

Quadro 7- Pontuação do paciente quanto à renda familiar

Renda Familiar	Pontuação
1- Acima de 7 salários mínimos	0
2- Entre 5,5 e 7 salários mínimos	1
3- Entre 2,5 e 5 salários mínimos	2
4 - De 2 salários mínimos ou menos	3

Para LEÃO et al (1996), as mensurações clínicas das doenças bucais são inúmeras, mas as mensurações subjetivas associadas aos aspectos psicossociais daqueles problemas ainda são escassos. Nenhum dos índices desenvolvidos preenche todos os requisitos, informando sobre questões de bem-estar e qualidade de vida. Contudo, a autora desenvolveu um índice de mensuração para essas questões, mas o mesmo investiga os aspectos bucais como um todo e não salienta a questão das más oclusões, deixando em aberto, ainda, a necessidade de um índice específico para a questão.

Face aos argumentos discutidos torna-se necessária a inclusão de uma análise subjetiva que investigue a implicação psicossocial das más oclusões na vida do paciente, assim como sua vontade e disponibilidade de tratá-las. Com embasamento literário FOSTER (1979), HOWELLS et al. (1985), KENEALLY (1989) e KEROSUO et al. (1995), e em observância à conduta de pacientes, o IODD deve ser incluído entre as fichas documentais do paciente em tratamento na CO, sendo utilizado como um instrumento auxiliar no processo de triagem.

É do senso comum o conhecimento da dificuldade em se medir a ansiedade das pessoas quanto ao tratamento ortodôntico, suas expectativas de melhora na auto-imagem e na auto-estima, assim como é difícil estimar e mensurar as mudanças que podem se processar em sua vida após a terapia. Esses valores são subjetivos e, na prática, difíceis de ser transferidos para o campo quantitativo, mas são o escopo sobre o qual se deve traçar o perfil psicossocial do paciente. A tarefa é difícil, podendo ser infrutífera, pois o resultado é passível de ser mascarado por erros na confecção e aplicação dos questionários. Entretanto, o uso do método ocupa lugar de destaque na tendência crescente de se observar o processo social das doenças.

Foi expressivo o número de pacientes entrevistados que afirmaram a importância do tratamento ortodôntico na melhora de suas relações sociais, bem como era grande o número de pessoas que esperavam uma melhora na auto-estima. A pesquisa mostrou como é a percepção do paciente em relação a sua má oclusão e sua postura psicossocial antes e depois do tratamento. Os números encontrados não podem ser desprezados, mas não devem ser superestimados. Devem ser analisados com credibilidade mas com reservas, pois a subjetividade sempre está presente neste tipo de exame.

Para fatores de simplificação, foram observadas as perguntas 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8 do questionário já utilizado na anamnese do paciente. (ANEXO V). Voltando-se a atenção para as perguntas 7 e 8, cuja associação com o OITN foi refutada, conclui-se que essas perguntas podem não ter o parâmetro de seletividade esperado, pois para os diferentes pacientes da clínica, que apresentavam as mais diversas más oclusões, sempre eram esperadas mudanças psicossociais, colocando todos no mesmo plano quanto aos objetivos do tratamento. Uma possível solução do problema pode consistir na aplicação do IODD, e os escores seriam traçados com base nos 8 itens de impacto diário. Trata-se de um questionário de reconhecimento internacional que pode ser especificamente destinado a medir o impacto social das más oclusões (item 3), além de possuir validação epidemiológica.

Um escore deve ser estabelecido, de acordo com o impacto social diário de cada item constante no setor 3 do IODD. Uma vez obtido o total de pontos do paciente e estabelecido a porcentagem do impacto das más oclusões nas ações diárias, deve-se atribuir ao paciente sua pontuação de acordo com este percentual.

Quadro 8- Pontuação do paciente quanto ao impacto social das más oclusões

Pontuação no IODD	Pontuação
1. Entre 0 e 20	0
2. Entre 21 e 40	1
3. Entre 41 e 60	2
4. Entre 61 e 80	3
5. Entre 81 e 100	4

Os escores dos itens: OITN, origem, renda, disfunções orais e de fala e avaliação psicossocial deverão ser somados e os pacientes classificados em uma escala de prioridades. Se houver dois indivíduos com a mesma pontuação, o desempate deverá obedecer os pontos obtidos na seqüência acima citada. Por mais simplista que pareça a sugestão, ela é exequível e baseou-se em um estudo de campo sobre a própria clientela usuária dos serviços para os quais a triagem será feita.

O curso de Especialização em Ortodontia de uma universidade pública poderá ser o elo entre os serviços ortodônticos e a saúde coletiva. Com a oferta de serviços e uma entrada facilitada à clientela usuária do serviço público, seria viável que a Prefeitura Municipal de Juiz de Fora viesse a examinar um fato relevante que é a questão do transporte para as crianças e adolescentes usuárias da CO. Esses indivíduos podem freqüentar a clínica em uma periodicidade que pode ser semanal ou quinzenal, e se considerarmos os gastos familiares com o transporte, para uma família cuja renda líquida foi apresentada neste trabalho, o impacto do preço do transporte sobre a renda familiar é, no mínimo, significativo. Ainda é importante salientar que um dos maiores responsáveis pelas faltas dos pacientes às consultas é justamente o ônus do transporte. Se uma co-participação da Prefeitura de Juiz de Fora se fizesse presente, garantindo o transporte gratuito aos pacientes da CO/UFJF, parte dos problemas de implantação da Ortodontia no sistema público de saúde já teria solução.

Sob a observância da situação da saúde bucal do país como um todo, e fazendo-se um recorte para a atenção ortodôntica, o mínimo que se faça será o máximo em resultados. Num sistema ainda excludente, apresentando os inúmeros problemas já discutidos anteriormente neste trabalho, a possibilidade da garantia de um acesso igualitário há de ser bem-vinda.

No advento do controle das cáries, o tratamento e interceptação das más oclusões, cedo ou tarde, passarão a figurar entre as ações de saúde bucal no sistema público. A CO/UFJF já estará na vanguarda da democratização no ingresso de sua clientela, servindo de exemplo as outras instituições e como matriz ao incentivo aos gestores para a formulação de novas políticas públicas de saúde bucal.

Com o novo sistema de triagem as injustiças serão mais raramente cometidas e a integralidade nas ações, a equidade no acesso e a universalidade dos serviços serão respeitadas, contribuindo de forma incipiente mas efetiva, para a diminuição das desigualdades sociais e para a promoção do bem-estar da população de Juiz de Fora e região.

6.2. A promoção da equidade como fundamento de uma política pública de saúde bucal. A inclusão da assistência ortodôntica: sugestões para reflexão e debate.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948 já especificava que todo homem tem direito a um padrão de vida de modo a assegurar a si e a sua família, saúde e bem-estar, alimentação, vestuário, habitação e os serviços sociais indispensáveis, direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, ou em outros casos em que haja perda dos meios de subsistência. Porém, hoje, com ênfase na saúde da população brasileira, é longínquo o preenchimento dos pré-requisitos da equidade, integralidade e universalização na saúde (SOUZA JÚNIOR, 2000).

Uma pequena contribuição para se praticar esses direitos pode ser a sugestão da inserção da Ortodontia nos programas públicos de saúde bucal, que seria um caminho a mais, levando ao bem-estar social. Isso não significaria priorizar a terceira condição mórbida que acomete a boca em prevalência, em detrimento de uma mais prevalente - a cárie. Essa sugestão se remete a um modelo de atenção renovado, com a coexistência de várias frentes de ação, na transformação da integralidade em uma prática adequada às necessidades da comunidade e às profundas transformações epidemiológicas por que passa e ainda vai passar a população brasileira.

Tem sido amplamente divulgado na literatura científica odontológica o declínio da cárie, inclusive no Brasil. Entretanto, para que haja uma diminuição da prevalência de uma doença é necessária a combinação de vários fatores, e não somente a atuação do profissional de saúde (NADANOVSKY et al., 1995). A queda da prevalência e incidência da cárie só foi possível graças ao uso de fluoretos na água potável e em dentifrícios (KRASSE, 1996); devido às mudanças na dieta da população, com um consumo menor de açúcar (MARTHALER, 1990); às campanhas educativas e de promoção da saúde (CHAVES et al., 1996) : à mudança nos padrões de diagnóstico e nos critérios de seu tratamento (NADANOVSKY et al., 1995).

As doenças periodontais também estão sendo gradativamente mais controladas. Segundo MARCOS (1998), há uma tendência de se superestimar a prevalência de doenças periodontais em jovens, como também de subestimá-las nos adultos, entretanto a maior incidência da doença é entre os 50 e 60 anos e dificilmente

O ensino da Ortodontia curativa fica restrito à pós-graduação. Nos cursos *lato sensu* há um enfoque clínico, nos *stricto sensu* um direcionamento didático ou científico. Por maior que seja a excelência profissional e por mais excelso que seja o conhecimento específico, o despertar para a questão social e política da Odontologia, que deveria ser abordado em todas os cursos, fica esquecido. O profissional é sempre direcionado ao setor privado de prestação de serviços, quando poderiam, amparados por uma política de saúde que lhes garantisse um salário justo, contribuir com seu saber para a saúde da população. Não se trata de uma apologia à socialização indiscriminada e uma destruição do setor privado. Pelo contrário, seria a criação de uma nova frente de empregos, a abertura de um novo mercado para os profissionais ortodontistas.

A perversa antítese existente entre o serviço público e a Ortodontia pode diminuir, independentemente de uma política governamental, seja ela nacional ou local. As faculdades de Odontologia, representadas pelos seus professores, que serão atores neste processo de formação, devem e podem formar profissionais que coloquem à disposição do bem comum, seu saber, ou seja, todas as limitações de cunho financeiro, de ausência de planejamento não podem ser mais fortes que as universidades que têm o dever e o poder de imprimir em seus alunos conhecimentos generalistas inseridos em uma consciência política, social e humana. A universidade deve formar profissionais com consciência política e social, aptos a atuar também no sistema público de saúde, tanto como clínicos, como idealizadores de políticas de saúde voltadas ao coletivo.

A fragmentação política da área odontológica, com excessivas entidades de classe, a voz ativa muitas vezes calada do cirurgião-dentista e sua formação pouco politizante colocam a Odontologia afastada das decisões políticas de impacto para a saúde, longe do planejamento das políticas públicas e subordinada aos outros braços do setor. A formação mais politizada e sociológica do cirurgião-dentista, com visão e compreensão dos processos históricos, econômicos, culturais e sociais pode mudar a mística que faz de muitos profissionais da área o alienado político, preso em seu consultório, tratando um indivíduo. O futuro social e coletivo da Odontologia não pode residir só no conhecimento específico - que é excelente no Brasil - mas também na capacidade de diagnosticar os problemas da comunidade, planejar soluções e colocá-las em prática.

### 6.2.2. *A prática pública da Odontologia*

A realidade do funcionamento dos ambulatórios públicos de Odontologia no Brasil não é das mais animadoras. O paciente enfrenta filas para obter uma senha que lhe dará direito a uma consulta. O tratamento é basicamente restaurador ou de pequenas cirurgias. O cirurgião-dentista, que nem sempre tem incentivos financeiros ou estruturais para incrementar seu trabalho com ações inovadoras, completa o círculo vicioso condenando a integralidade à teoria.

A propedêutica exigida no diagnóstico e um acompanhamento do paciente a médio ou longo prazo somada ao subfinanciamento do setor implicam no esquecimento da Ortodontia pela maioria dos profissionais que atuam no serviço público. Por uma questão quase cultural, fortemente arraigada nos procedimentos restauradores e cirúrgicos, raramente se vê em ambulatórios públicos a realização de trabalhos ortodônticos, ainda que elementares.

O quadro descrito acima foi estimulado pelo aviltante pagamento por ato que acontecia no serviço público antes da entrada em vigor da NOB/96-SUS. A forma de pagamento que era por ato, gerava iatrogenismo, facilitava as fraudes e os procedimentos mais caros eram os mais executados. Nem assim era previsto algum tipo de trabalho ortodôntico, interceptativo ou preventivo. Atualmente, com o pagamento sendo feito através do Piso de Atenção Básica (PAB) da forma *per capita* o total de gastos com a saúde bucal (repassados de fundo federal para fundo municipal) onera os cofres municipais em pequena porcentagem que varia de município para município (PINTO, 2000), mas abre uma janela para a alocação de recursos de acordo com a necessidade e a conjuntura da localidade, se for o caso.

Há que se considerar então a municipalização da saúde que foi uma estratégia nacional para a efetivação do SUS e a transferência para o município do poder de gestão da saúde, o que possibilitou uma aplicação de políticas mais eficientes e específicas pelo fato de se conhecer melhor os problemas da população local. Os gestores e os profissionais podem revolucionar o atendimento odontológico em determinada população, basta alocar os recursos financeiros e humanos. No caso da Odontologia, como exemplo, pode-se citar a atenção ortodôntica preventiva,

interceptativa e corretiva dada às crianças de Itaúna (MG) em um convênio da Prefeitura Municipal da cidade com uma escola de aperfeiçoamento profissional do mesmo município, onde a Prefeitura cede o transporte para as crianças em tratamento na clínica e os pós-graduandos realizam a terapia (JORNAL DO CRO-MG, 2002). HERREN (1970d) sugeriu que para a incorporação do tratamento das más oclusões em sistemas públicos de saúde, os gestores devem direcionar parte dos recursos gastos com saúde para este fim e utilizar os serviços prestados pelas universidades, ainda que a participação no financiamento seja parcial com uma ajuda às famílias dos pacientes carentes. Programas semelhantes podem ser colocados em prática em Juiz de Fora, com a combinação da estrutura da CO/UFJF, já existente, com a disponibilidade dos gestores municipais.

As políticas de ajuste de âmbito federal causaram uma série de dificuldades às demais esferas da federação, em especial aos municípios que têm sua ação limitada diante das dificuldades de intervenção perante as demandas sociais. A maior restrição feita à saúde nesses anos tem sido a financeira que vem reduzindo de forma sistemática os gastos *per capita* em saúde no Brasil, cujo patamar permaneceu mais baixo que muitos países latino-americanos, mais pobres que o nosso, e a municipalização acabou enfraquecendo-se.

Recentemente, a Portaria 267 de 06 de março de 2001 do Ministério da Saúde veio a regulamentar a Portaria 1.444 de 28 de Dezembro de 2000 que criava o incentivo de saúde bucal para as inserções da ESB no PSF. Apesar da boa intenção do ato, as ações cobertas continuaram a ser elementares e muito curativas. Nenhuma menção foi feita à prevenção das más oclusões, fato alarmante dada a importância do problema. Segundo RUTZEN (1973), os desalinhamentos dentais e mal posicionamento dos maxilares são patogenias que devem ser de interesse do Estado seu tratamento. Um planejamento de saúde no setor público envolvendo a Ortodontia e Ortopedia-facial é necessário, pois pode-se fazê-lo alocando recursos e causando um enorme benefício à sociedade (JENNY, 1975).

O PSF se confunde com a atenção básica para CAPISTRANO FILHO (2000), e ainda que a Ortodontia não seja considerada atenção básica, sua prevenção e interceptação deveriam ser mencionadas na referida portaria. O que se vê, no entanto, é

a reprodução da antiga política de resumir a Odontologia ao tratamento das cáries, praticamente colocando tal doença como o único agravo à saúde bucal, e estigmatizando a Odontologia como restaurações, selantes, aplicação de flúor, e exodontias.

A iniciativa de se incluir a ESB no PSF foi louvável e foi recebida com ânimo pela classe odontológica, como sendo a perspectiva de melhorias na assistência à saúde bucal. Contudo, o PSF requer uma mentalidade nova e a revisão dos conceitos fundamentais das políticas de saúde bucal. Caso contrário, correrá o risco de cair na mesmice da prática hegemônica- atendimento ambulatorial somente-, com filas nas portas das unidades de saúde à espera de "fichas". Para ZANETTI (2001), o desenvolvimento de uma cooperação técnica em rede nacional e de caráter permanente é imprescindível, promovendo suporte logístico sobre as ações a serem desenvolvidas no município, mudando assim os rumos da saúde bucal com o PSF.

### *6.2.3. Sugestões de um programa de promoção de saúde bucal que envolva a Ortodontia*

LALONDE (1974), um dos pioneiros a defender o termo "promoção da saúde" já afirmava que as principais causas das doenças se relacionavam ao meio em que as pessoas viviam e ao seu estilo de vida, e não somente se limitando aos fatores biológicos. Para NADANOVSKY (2000, p.293) :

*"Promoção de saúde seria (...) uma ação global objetivando melhorias na qualidade de vida das pessoas e a saúde bucal é uma pequena parte do todo"*

A promoção de saúde bucal, além de dar ao indivíduo boas condições biológicas, deve reabilitá-lo para o exercício de suas funções na sociedade e também lhe oferecer condições de vida compatíveis ao bem-estar social. No planejamento de qualquer ação de saúde, as políticas voltadas para uma sociedade podem ser aplicadas em um nível nacional ou geral, local ou individual.

Em nível geral, políticas governamentais macro e micro econômicas e políticas sociais, que ofereçam à população educação, moradia, acesso aos bens e serviços e um maior poder aquisitivo, assim como uma inserção no mercado de

trabalho, terão grande efeito na melhora da qualidade de vida das pessoas, melhorando suas condições de saúde- inclusive saúde bucal - com a conseqüente diminuição das desigualdades sociais e iniquidades.

Em um âmbito mais estrito, o incentivo às políticas de saúde, visando priorizar situações ou agravos específicos, pode contribuir para erradicar ou minimizar certas patogenias. O incentivo federal à saúde bucal não deveria se limitar à prevenção e tratamento das cáries. Novas propostas devem ser analisadas e discutidas. Pelos motivos já apresentados no presente trabalho, incluir novas diretrizes no modelo de saúde bucal vigente, não seria incrementá-lo e sim reestruturá-lo, como também negar as exclusões pelo modelo fomentadas.

A ocupação de cargos de chefia e com grande poder de decisão, por cirurgiões-dentistas pode gerar uma mudança neste quadro. A união da classe em torno de um número menor de entidades representativas faria com que os cirurgiões-dentistas se tornassem mais fortes politicamente, inserindo a Odontologia na discussão e no planejamento em saúde pública, garantindo um lugar decente daquele campo do conhecimento nas ações deste setor. Com a inclusão na pauta de discussões do assunto em questão: a Ortodontia no serviço público, a atenção odontológica seria otimizada e haveria a observância da integralidade.

Em níveis locais, o gerenciamento pelo próprio município dos recursos repassados ao fundo de saúde, faz com que sua alocação esteja nas mãos dos gestores, que ao invés de se estimular procedimentos odontológicos curativos "em massa", poderiam implantar uma atenção integral em Odontologia.

Nos limites do consultório odontológico, o profissional detém o conhecimento e o poder do diagnóstico e da terapêutica. Entretanto, utilizar seus conhecimentos com criatividade, com o auxílio do pessoal técnico, pode incrementar o atendimento aos seus pacientes, individualizando seu plano de tratamento ao observar suas necessidades específicas e humanizando o atendimento.

A inclusão da Ortodontia nas ações públicas de saúde dificilmente acontecerá por um decreto ou portaria de âmbito nacional. Mas, é possível que em um

nível local essa inclusão seja feita, mesmo se não o for pelos gestores, resta ainda a atuação do cirurgião-dentista no consultório. Esses pequenos atos podem mudar os rumos da saúde bucal no Brasil.

#### ***6.2.3.1. A atenção ortodôntica nos diversos níveis de atenção à saúde bucal***

A atenção primária à saúde bucal deve ser posta em prática por campanhas esclarecedoras e políticas públicas. Esse tipo de atenção visa informar e captar os conhecimentos empíricos que se encontram difundidos no seio da população, como crenças e atitudes relativas à saúde bucal e explicar em uma linguagem acessível a concepção científica.

A concepção de atenção básica em Odontologia, com a entrada no cenário de saúde coletiva do PSF, vem se mostrando questionável. PINTO (2000) coloca a atenção básica como a prevenção e solução dos problemas mais prevalentes da população, inclusive os serviços especializados socialmente mais necessários.

Ora, se as más oclusões são o terceiro problema mais prevalente em saúde bucal, não seria justa sua inclusão, ainda que obedecendo restrições, neste tipo de atenção? E a grande influência das más oclusões na qualidade de vida das pessoas não as tornam um problema de saúde pública? Ao definir atenção complexa, PINTO (2000) inclui a Ortodontia dentre outras especialidades, mas esclarece que no campo do controle das más oclusões, os casos mais graves são considerados relevantes para a sociedade, tornando-se necessária sua solução com financiamento pelo Estado.

Com o suporte literário anteriormente mostrado, não há dúvidas quanto as várias complicações das más oclusões, principalmente as mais graves. Portanto, em todos os programas de atenção básica, inclua-se aqui o PSF, deveriam estar incluídos procedimentos ortodônticos preventivos interceptativos e, até mesmo, curativos pelo menos destinados aos indivíduos portadores de problemas mais graves, devidamente estabelecidos por uma escala de prioridades em uma triagem para tratamento.

#### *6.2.4. Planejando ações de saúde bucal*

##### *6.2.4.1. Identificação do problema*

A primeira fase de um planejamento é a determinação do substrato sobre o qual as ações propostas pelo plano agirão. Com o conhecimento da realidade do município, através da coleta de informações quantitativas e qualitativas, as propostas poderão ser direcionadas para os setores mais necessitados. As informações não podem só abranger a área biológica mas também a etiologia social do problema, a faixa etária mais atingida e que deva ser privilegiada a situação econômica da população alvo e seu modo de vida. Para TERRERI et al. (2001), os bancos de dados do IBGE, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e Sistema de Informações Ambulatorial (SIA-SUS) constituem indicadores fidedignos que nortearão muito bem a questão social.

Um levantamento epidemiológico, segundo SCHONFELD (1981), é um instrumento imprescindível na determinação da prevalência e incidência de dada patologia em uma dada população. O planejamento feito com esses dados do presente e voltado para o presente pode fazer com que, no futuro, os objetivos sejam mais facilmente alcançados. A escolha das prioridades que devem ser dadas no tratamento está baseada justamente nestes levantamentos epidemiológicos, nas pesquisas sociais e na análise biológica das necessidades de terapêutica.

Recentemente, o governo federal, através da Divisão de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, se empenhou em um grande exame epidemiológico nacional: o Saúde Bucal 2000, que por amostras, evidenciaria as condições de saúde bucal do brasileiro. De forma louvável e surpreendente, as más oclusões se encontravam entre os agravos a serem aferidos. Pelas limitações no financiamento, o trabalho ainda não foi posto em prática, mas conforme as opiniões de PINTO (2000b), para quem as limitações epidemiológicas e técnicas do projeto poderiam fadá-lo ao fracasso, a grande diversidade cultural e social do país seriam obstáculos quase intransponíveis se adotada a metodologia proposta.

Na esfera municipal, um levantamento epidemiológico que enfocasse também as más oclusões poderia fornecer a dimensão da necessidade de intervenção. As agentes de saúde comunitárias ou THD, que atuam no PSF, terão papel decisivo no processo de identificação de problemas e no direcionamento da demanda. Por mais perigosa que seja esta situação devido ao risco de haver uma super procura aos serviços dada a grande demanda reprimida, é necessário que seja feita essa identificação e esse direcionamento. A inclusão ou não do paciente no tratamento será definida pelos critérios de seleção, aplicados pelo cirurgião-dentista.

#### ***6.2.4.2. Estratégias de trabalho a serem adotadas***

Qualquer planejamento envolve o diagnóstico, a proposta de uma nova realidade, a superação dos obstáculos e a tomada de decisões (TESTA, 1981). Entretanto, quando as condições são adversas, o planejamento estratégico é essencial pela forma com que o enfrentamento da situação é estabelecido. Ações alternativas para se superar as dificuldades são imperativas. Nas circunstâncias atuais da saúde bucal pública brasileira, se tornariam inviáveis quaisquer tentativas de inserção da Ortodontia sob a égide de um planejamento convencional quase inexistente. Uma adequação à realidade com o contorno dos obstáculos se constitui no fundamento de qualquer ação neste sentido. Ressalta-se em uma planificação que pode ser posta em prática utilizando da melhor maneira os recursos humanos e os insumos do setor saúde: i) a necessidade do uso da criatividade e versatilidade dos profissionais, cujos atributos farão com que o mínimo necessário disponível possa minimizar ou resolver os mais diferentes problemas bucais com que se depararem; ii) a distribuição de tarefas e o desmonopólio do conhecimento, através da delegação de funções às Atendentes de Consultório Dentário (ACDs) e THDs; iii) utilização de uma equipe multiprofissional em que houvesse a presença de um Técnico em Prótese Dentária (TPD), para a confecção da aparatologia removível utilizada no tratamento. Neste sentido as ações em Ortodontia podem ser colocadas em prática nas formas de prevenção, interceptação e mesmo na terapêutica curativa em casos mais graves, se fosse possível incluir nesta equipe o ortodontista.

### **A) Prevenção em Ortodontia**

A prevenção das más oclusões, embora necessária, tem uma limitação adicional quando comparada às demais afecções bucais. Trata-se de algo limitado pois só mostra sua eficácia a longo prazo. As estratégias populacionais que para SHEIHAM (2001) seriam medidas adotadas para atingir toda uma população, não funcionam diretamente neste caso, pois muitos dos fatores causais das oclusopatias não estão sob o controle do profissional, como a genética e fatores metabólicos. O efeito dessa estratégia é secundário com a aplicação de flúor, fluoretação das águas e campanhas para mudanças na dieta, que reduzindo as cáries, de certa forma, podem evitar certas más oclusões.

A informação às famílias quanto ao uso de chupetas, um trabalho relativo à redução de hábitos bucais perniciosos, uma ênfase no aleitamento materno e na alimentação saudável são boas armas preventivas, assim como um trabalho com as grávidas para que se evite teratogênias. Esses procedimentos, dentre outros já discutidos no item 2.3 do capítulo 2 desta dissertação, devem ser executados pelas THDs e ACDs e supervisionados por um cirurgião-dentista. Este trabalho pode ser realizado no seio das famílias atendidas pelo PSF, em grupos comunitários ou ainda na própria unidade de saúde.

### **B) Interceptação em Ortodontia**

A clientela com problemas já instalados mas em uma fase insipiente, pode ser direcionada para as unidades de saúde onde o próprio clínico geral ou o THD sob sua supervisão, se encarregará da execução dos procedimentos, que na fase de desenvolvimento da oclusão permanente, quase sempre a correção requer aparatologia removível ou fixa de pouca complexidade na montagem, quando se destina a interceptar uma má oclusão. Se um TPD for integrando à equipe, sendo o responsável pela confecção dos aparelhos, tornará os custos menores e os serviços mais eficazes.

O trabalho a quatro mãos ou com a ação direta dos THD supervisionados pelo cirurgião-dentista não iria implicar em custos adicionais aos cofres municipais, mas teria a longo prazo uma implicação na condição bucal da população. Contudo, é

relevante que um incentivo salarial deva ser oferecido aos profissionais para que o trabalho ganhe quantitativa e qualitativamente.

O ganho real dessa prática está na atenuação de um problema, no impedimento de seu avanço ou, em última instância, na sua resolução. O clínico geral dispõe de subsídios técnico-científicos para praticar uma ortodontia interceptativa, tanto no que diz respeito ao diagnóstico quanto à execução do trabalho. O treinamento de THDs se destaca também pela importância, pois esses profissionais podem ser calibrados e treinados na confecção e instalação de tais aparatos, após o diagnóstico do cirurgião-dentista ou ortodontista.

Os recursos gastos com a interceptação de um problema ortodôntico não onerarão os cofres municipais de forma agressiva e terão um efeito em escala ampla na minimização do efeito das oclusopatias.

### **C) Correção ortodôntica**

A prática da ortodontia corretiva talvez seja o ponto mais crítico de todo o âmbito da saúde bucal coletiva. A especificidade da técnica, o alto custo dos insumos, o requisito de uma alta qualificação profissional, pesam contra sua inserção nas políticas públicas. Seria importante a consideração sobre a contratação de especialistas em Ortodontia pelo serviço público, para que possam atender a população carente e resolver os casos mais graves. Contudo, é necessário enfatizar que um incentivo financeiro à altura das atribuições do profissional deva ser oferecido.

Esta situação hipotética pode estar distante da realidade não somente pela escassez de recursos, mas pela desvalorização da Odontologia por alguns gestores, para os quais, os tratamentos ortodônticos que são longos, possuem baixa resolutividade e fogem de suas pretensões eleitoreiras na qual a prática odontológica como as extrações e restaurações em larga escala cabem perfeitamente.

Os pacientes examinados pela equipe de saúde bucal do PSF podem ser encaminhados à unidade de saúde mais próxima onde passariam por um processo de triagem com a aplicação do OITN pelos clínicos gerais, supervisionados por um especialista e por um exame psicossocial, que pode ser o proposto por SHEIHAM

(2000) (ANEXO II). Seriam tratados somente os pacientes com baixo poder aquisitivo, apresentando casos de grande gravidade, oferecendo agravos sérios à sociabilidade do indivíduo. A reabertura da agenda ficaria subordinada ao término dos tratamentos. Mais uma vez, o sistema de triagens seria de suma importância, pois avaliaria todos os impactos das más oclusões e evitaria tratamentos desnecessários.

Para evitar fraudes e estimular a qualidade e resolutividade dos serviços poder-se-ia promover um pagamento por performance aos profissionais envolvidos com o tratamento ortodôntico e comprometidos com a integralidade nas ações de saúde. A contratação dos serviços se daria mediante a apresentação de projetos e a remuneração estaria condicionada ao cumprimento das metas nele estabelecidas. Quanto melhor a qualidade do trabalho e quanto maior for a proximidade da meta pré-estabelecida, maiores seriam os incentivos financeiros à equipe de saúde bucal.

Na impossibilidade da contratação de um especialista, novas estratégias e táticas devem ser adotadas. Pode ser feita também, em alguns municípios, a integração entre as Faculdades de Odontologia com os serviços públicos de saúde. Esta atenderia aos pacientes referenciados pelas unidades de saúde municipais ou estaduais. Assim, seria apresentada outra vertente de soluções e o início do caminho a ser percorrido em direção à excelência nos serviços públicos de saúde bucal.

No caso de Juiz de Fora, a exequibilidade está próxima. As instalações da CO/UFJF, os recursos humanos, e todo o suporte técnico estão prontos. Portanto, faz-se mister um maior engajamento entre a UFJF e a Prefeitura Municipal da cidade, bem como entre a UFJF e as prefeituras da região.

#### *6.2.5. Alocação de recursos*

Alocar recursos escassos significa retirá-los de certas áreas e direcioná-los a outras e, em saúde, a discussão é grande sobre a legitimidade do processo e sobre como fazê-lo. Para ANTECZAK-BOUCKOMS (1989) e WARNER (1989), é importante que esta alocação considere os benefícios a quem receberá os serviços, se obterá uma melhora na qualidade de vida ou uma maior sobrevida. A quem o benefício for maior, será conferida a prioridade.

Por mais dura que pareça esta realidade, esta alocação é imprescindível diante de poucos recursos humanos e financeiros, ainda mais no que tange à Ortodontia no setor público de saúde. A alocação determinará o destino dos procedimentos que apresentam o maior custo-benefício, ou seja, um menor custo para um maior benefício ao usuário. Sob este aspecto a resolutividade do tratamento ortodôntico não é alta pois este consiste em um processo demorado e de altos custos com insumos e recursos humanos. Entretanto, os benefícios são proporcionais, pois a influência das oclusopatias na vida social, na produtividade e na qualidade de vida das pessoas é alta. A triagem bem feita dos pacientes deverá ditar a quem os recursos devem ser direcionados. Recursos esses que também devem ser alocados da área odontológica como um todo, para os serviços ortodônticos.

A racionalização dos custos em saúde proporcionou aos gestores a possibilidade de determinar que procedimento é inviável ante os outros, todavia, diante das evidências epidemiológicas que mostrem a prevalência das más oclusões no município e face a uma conscientização sobre a necessidade de tratá-las, é plenamente possível que dentre os recursos destinados à área odontológica, uma parte seja usada na Ortodontia. Os conselhos de saúde também devem participar como atores neste processo, pois desempenham um importante papel social, em que a determinação das diretrizes de políticas sanitárias terão que ter seu aval.

Evidências de que o custo-efetividade do tratamento ortodôntico no setor público seja satisfatório ainda devem ser buscadas por estudos futuros. Porém, enquanto estas não se fazem presentes, a defesa da inclusão da Ortodontia na saúde pública é inquestionável.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda há muito por fazer pela saúde bucal dos brasileiros. Especificamente, em uma época em que a transição epidemiológica é notória, novas frentes de necessidade precisam ser analisadas sob a perspectiva da saúde pública. Em pleno declínio das cáries, a literatura e as ações de saúde brasileiras ainda são quase inexistentes, no sentido de incluir a Ortodontia na atenção básica. O tratamento, embora dispendioso e com custo-efetividade questionável para o setor público, deve ser direcionado a uma clientela específica, selecionada multicriteriosamente.

Em contrapartida, a Ortodontia concede a dádiva de ter sua prevenção exequível a custos baixíssimos, e as más oclusões podem ser interceptadas precocemente evitando uma desfiguração futura. Mas, a maior prevenção em Ortodontia se dá no sentido psicossocial, através da prevenção, da discriminação, da prevenção da exclusão da sociedade e da estigmatização sofrida por um indivíduo portador de uma desarmonia dento-facial severa.

Os efeitos biológicos das oclusopatias foram, de certa forma, mostrados na presente dissertação, tanto sendo revelados pelo paciente quanto atestados pelo cirurgião-dentista. Embora os efeitos psicossociais das oclusopatias fossem grandes, e se mostrassem tão significativamente correlacionados às más oclusões, é necessário considerar a expectativa irrealística do paciente frente ao tratamento. Contudo, se desnudou uma outra realidade, a superação dos limites sejam eles de ordem psicossociais ou biológica, quando a questão é levar a vida adiante independentemente da presença de uma oclusopatia. Os usuários da CO/UFJF esperavam melhoras em sua qualidade de vida após o tratamento ortodôntico, mas mesmo sem ele sua vida seguiria seu curso normal.

A despeito da referência de excelência em ensino e da referência em prestação de serviços, a entrada para tratamento na CO/UFJF deve ser reestruturada, de modo a se equivaler à importância social da referida entidade, importância essa secundária mas inegável. O uso dos critérios sugeridos nesta dissertação de Mestrado

pode fazer com que os pacientes do sistema público tenham sua integralidade no tratamento garantida e fazer com que as pessoas que apresentem as seqüelas das más oclusões, sejam elas de cunho fisiológico ou psicossocial, tenham a chance de resolvê-las, e sobretudo, fazer com que a clientela de baixa renda com grandes discrepâncias morfológicas dos dentes e da face tenham sua chance de tratamento concretizada.

A possibilidade de que, um dia, as ações de saúde se dirijam à Ortodontia é crescente, basta uma análise sobre a evolução das políticas públicas de saúde como um todo e sobre a evolução das políticas de saúde bucal ao longo das últimas décadas. Entretanto, uma participação mais efetiva do cirurgião-dentista na idealização, planejamento e execução dessas políticas públicas farão a Odontologia lograr o alcance de um patamar digno de se colocar em prática, o que está escrito no capítulo da Constituição Federal referente ao SUS.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILA, F. J.; ROSELLO, J. ENRIQUEZ, E. et al. Comunidad y ortodoncia. Parte II. Algunos datos preliminares sobre la aplicación del programa entre septiembre de 1977 y diciembre de 1980. **Rev Cubana Estomatol**, v. 20, n.1, p. 24-8, 1983.

ALBINO, J.E. Psychological factors in orthodontic treatment. **N Y State Dent J**, v.50, n.8, p. 486-9, Aug. 1984.

ALBINO, J.E.; CUNAT, J.J.; LEWIS, M.J. et al. Variables discriminating individuals who seek orthodontic treatment. **J Dent Res**, v. 60, n. 9, p.1661-7, 1981.

ALBINO, J.E.; LAWRENCE, S.D.; TEDESCO, L.A. Psychological and social effects of orthodontic treatment. **J Behav Med**, v.17, n.1, p.81-98, 1994.

ALLEYNE, G.A.O. Equity and health, views from the Pan American Bureau. PAHO. Occasional Publication, n.8, 2001.

ALMEIDA, Z.M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p.287-303, Fev.1999.

ANTCZAK-BOUCKOMS, A.; TULLOCH C.; WHITE, B. et al. Methodological considerations in the analysis of cost effectiveness in dentistry. **J Public Health Dent**, v.49, n.4, Fall,1989.

ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE JUZ DE FORA-2002 Centro de Pesquisas Sociais-UFJF: Juiz de Fora, 2002. 135p.

ARAÚJO, M. **Ortodontia para Clínicos**. 4 ed. Santos. São Paulo, 1988. 282p.

BALDWIN, D.W. Appearance and esthetic in oral health. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.8, p. 244-56, 1980.

BRADLEY, R. M. **Fisiologia oral básica**. São Paulo: Panamericana, 1981. 191p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica- NOB/SUS 96. Janeiro de 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.3061 de 24 de Julho de 1998. Diário Oficial da União n. 119. Brasília, 25 de junho de 1998.

BREISTEIN, B.; BURDEN, D. J. Equity and orthodontic treatment: a study among adolescents in Northern Ireland. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v.113, n.4, p. 408-13, Apr. 1998.

BRESOLIM, D. **Controle e prevenção da maloclusão**. In: PINTO, V.G. **Saúde bucal Coletiva**. 4 ed. São Paulo: Santos, p.473-80, 2000.

BROWN, D.F.; SPENCER, A.J.; TOLLIDAY, P.D. Social and psychological factors associated with adolescents' self-accepted occlusal conditions. **Behavior Dent Sci**, v.15, p. 70-3, 1987.

BURDEN, D.J.; PINE, C.M.; BURNSIDE, G. et al. Modified IOTN: an orthodontic treatment need index for use in oral health surveys. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 29, p.220-5, 2001.

CAPISTRANO FILHO, D. O Cirurgião Dentista no Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Odont Saúde Coletiva**, v.2, n.1, p-8, Fev. 2000.

CAPOTE, T.S.O.; ZUANON, A.C.C.; PANSANI, C.A. Influência do nível econômico na severidade de má-oclusão em crianças de 6 a 12 anos de idade da cidade de Araraquara. **Ortodontia**, v. 35, n.1, Jan. Fev. Mar. 2002.

CHAVES, S.C.; SANTOS, R.J.P.M.; SOUZA, A.P.M. Determinantes sócio-econômicos e a saúde bucal: um estudo das condições de vida e saúde em crianças com idade entre 3-5 anos na cidade de Salvador –BA (1996). **Rev da ABOPREV**, v.1, n.1, p. 03-08, 1999.

COHEN, L.K. Social psychological factors associated with malocclusion. **Int Dent J**, v. 20, n. 4, p.643-56, 1970.

CONS, N. C.; JENNY, J.; KOHOUT, F.J. Perceptions of occlusal conditions in Australia, the German Democratic Republic and the United States of America. **Int Dent J**, v.33, n.2, p.200-6, Feb. 1983.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. II Conferência Nacional de Saúde Bucal: Relatório Final.1993

CONSTITUIÇÃO FEDERAL. 2.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1997.

CORDEIRO, E. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas de saúde. Seminário Descentralización y Nuevas Formas de Gestión Social. **ALAMES**, Rio de Janeiro: UERJ, 3-4 de setembro de 2001.14p.

CUNHA, E.R. Considerações sobre os problemas psíquicos, biológicos e sociais oriundos das maloclusões dentárias. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v. 26, n. 5, p. 278-80, Maio 1972.

DAIN, S. Prefácio. In: SOARES, L.T.R. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Rio de Janeiro: Anna Nery, 1999.368p.

DAWSON, P. **Avaliação e diagnóstico dos problemas oclusais**. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1993. 678p.

DUBOS, R. Mirage of Health In: **Health and Disease**. Open University, p. 3-9, 1971.

ELIAS, A. C.; SHEIHAM, A. The relationship between satisfaction with mouth and number, position and condition of teeth: studies in brazilian adults. **J Oral Rehabil**, v.26, p. 53-71, 1999.

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

FIORI, J.L.; KORNIS, G.E.M. Além da queda: Economia e política numa década enviesada. In: **Saúde e Sociedade no Brasil - Anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

FOSTER, T.D.; ORTH, D. The public health interest in assessment for orthodontic treatment. **J Public Health Dent**, v. 39, n.2, p 137-42, 1979.

FRAZÃO, P, NARVAI, P.C. CASTELLANOS, R. A Prevalência de oclusopatia na dentição decídua e permanente de crianças na cidade de São Paulo, Brasil, 1996. **Epidemiologia e Saúde Bucal Coletiva. USP. Programa de Verão**. 1999.

FREIRE, M.C.M. Prevalência de cárie e fatores sócio-econômicos em pré escolares - Revisão da literatura. **Rev Bras Odontol Saúde Col**, v.1, n.1, p. 43-9, Jan. / Jun. 2000.

FRITSCHER, A.; ARAÚJO, D.F.; OLIVEIRA, F.A.M. et al. Considerações sobre oclusão e maloclusão na criança. **Rev ABO Nac**, v. 6, n. 2. p.89-94, Abr./Maio1998.

GALVÃO, C.A.N.; PEREIRA, C.; BELLO, D. M. Prevalência de maloclusões na América Latina e considerações antropológicas. **Ortodontia**, v.27, n.1, p.51-8, Jan./Fev./Mar./Abr., 1994.

GRABER, L. W. ; LUCKER, W. G. Dental esthetics self-evaluation and satisfaction. **Am J Orthod**, v.77, n.2, p.163-73, Feb.1980.

HERREN, P. L'ortopedie de la mâchoire: problèmes de médecine préventive et sociale (I). **Med Hyg**, v. 28, n.912, p.587, Avr. 1970.

\_\_\_\_\_. L'ortopedie de la mâchoire: problèmes de médecine préventive et sociale (II). **Med Hyg**, v.28, n.915, p.719, May. 1970.

\_\_\_\_\_. L'ortopedie de la mâchoire: problèmes de médecine préventive et sociale (III). **Med Hyg** v.28, n.916, p.771, Jun. 1970.

\_\_\_\_\_. L'ortopedie de la mâchoire: problèmes de médecine préventive et sociale (IV). **Med Hyg**, v.28, n.917, p. 823, Jul. 1970.

HOLLISTER, M.C.; WEINTRAUB, J.A The association of oral status, systemic health, quality of life, and economic productivity. **J Dent Educ**, v.57, n.12, p. 901-12, Dez. 1993.

HOWELLS, D. J.; SHAW, W. The validity and reability of retings of dental and facial attractiveness for epidemiologic use. **Am J Orthod**, v.88, n.11, p-402-8, Nov. 1985

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

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

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

JONES, C. M.; WOODS, K.; O'BRIEN, C et al. Index of orthodontic treatment need, its use in a dental epidemiology survey calibration exercise. **Community Dental Health**, v.13, n.4, p. 208-10, Apr. 1996.

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

JORNAL DO CRO-MG. Faculdade cobre carência de prevenção na Ortodontia, p.17-8, Setembro 2002.

KENEALY, P.; FRUDE, N.; SHAW, W. An evaluation of the psychological and social effects of malocclusion : some implications for dental policy making. **Soc Sci Med**, v.28, n.6, p. 583-91, 1989.

KENEALY, P.; HACKET, P.; FREDE, N. The psychological benefit of orthodontic treatment-Its relevance to Dental Health education. **N Y State Dent J**, v.57, n.5, p.32-4, May 1991.

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

KLINEBERG, I. Occlusion as the undiagnosis pain. **Int Dent J**, v.38, n.1, p.19-27, Jan. 1988.

KRASSE, B.O. The caries decline: is the effect of fluoride toothpaste overrated? **Eur J Oral Sci**, v.104, p. 426-9, 1996.

KROOCHER, A.R.; SHUE-TE YEH, M.; RICHMOND, S. The relationship between Index of Complexity, Outcome and Need, and patient's perceptions of malocclusion: a study in general dental practice. **Br Dent J**, v.191, n. 6 (Supl.), p.325-9, Sep. 2001.

LEÃO, A.; SHEIHAM, A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. **Community Dental Health**, n.13, p. 22-6, 1996.

LEITE, I.C.G. Inquérito Epidemiológico do Município de Juiz de Fora. Prefeitura de Juiz de Fora. 28p. 2002.

LEVCOVITZ, E. Transição X Consolidação: O dilema estratégico da construção do SUS, p. 108-40. Tese de Doutorado. IMS/UERJ. Rio de Janeiro, 1997.

Mc GREGOR, F.C. Social and psychological implications of dentofacial disfigurement. **Angle Orthod.** v.40, n.3, p. 231-233. 1979.

MARCOS, B. Índices de prevalência e de necessidades de tratamento periodontal. **Ação Coletiva**. V.1, n. 3, p.16-24. Jul/Set, 1998

MARIGO, M.; BOECHAT, F.M. Hábitos bucais nocivos à oclusão dentária e suas correlações com o fator sócio-econômico. **Rev Cient CENBIOS**, v.1, n.1 p. 29-37 Jan. 1993.

MARTHALER, T.M. Changes in the prevalence of dental caries: How much can be attributed to changes in diet? **Caries Res**, v. 24, (suppl 1), p.3-15, 1990.

MC GRATH, C.; BEDI, R. Measuring the impact of oral health on the life quality in two national surveys- functionalist versus hermeneutic approaches. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 30, p. 254-9, 2002.

MENÉNDEZ, O R.; PORTILLO, J.A.C. Agenda 21: Que debe esperarse y buscarse para la estomatología del futuro. **Rev Bras Saúde Bucal Coletiva**, v.2, n.1, p-30-44, Fev 2000.

MICHELOTTI A.; MANZO, P.; FARELLA, M. et al. Occlusione e postura: quali le evidenze di correlazione? **Minerva Stomatol**, v.48, n.11, p.525-34, Nov. 1999.

MONACO, A.; BOCCUNI, M.; MARCI, C. Indici di necessità di trattamento in ortodonzia: l'applicabilità del DAÍ(Dental Aesthetic Index). **Minerva Stomatol**, v.46, n.5, p.279-86, Mag.1997.

MOYERS, R. **Ortodontia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. 483p.

MOYSÉS, S.J. Desigualdade em Saúde Bucal e desenvolvimento humano: Um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, Brasília v.I, n.1, p-7-17, Jan./Jun. 2000

MUELENAERE, K.R. Possibilities for prevention of malocclusions in South African Children. **J Dent Assoc S Afr** v.1, n.52, p. 9-14, 1997.

MUÑOZ, M. M.; MIGNANELLI, O.R. Atención de pacientes en servicios asistenciales de ortodonzia. **Ortodonzia**, v. 87, n.44, p. 30-3, 1980.

NADANOVSKY, P. O declínio da cárie. In: PINTO, V.G. **Saúde bucal coletiva**. 4 ed. São Paulo: Santos, p.341-51, 2000.

\_\_\_\_\_. Promoção da Saúde e a prevenção das doenças bucais. In: PINTO, V.G. **Saúde bucal coletiva**. 4 ed. São Paulo: Santos, p. 341-51, 2000.

NADANOVSKY, P.; SHEIHAM, A. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.23, p.231-9, 1995.

NARVAI, P.C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994. 113p.

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

NOGUEIRA, A.J.; S. GILLET, A.V.M.; PARREIRA, E.B; PEDREIRA, E.N. et al. Perdas precoces de dentes decíduos e suas conseqüências para dentição futura-elaboração de propostas preventivas. **Rev ABO Nac**, v.6, n.4, p.228-33 Ago./Set. 1998.

NORONHA, J.C.; SOARES, L.T.R. A política de saúde no Brasil nos anos 90. Disponível em [www.lattes.com.br](http://www.lattes.com.br). Consultado em 12 de novembro de 2001.

OKESON, J.P. **Fundamentos de Oclusão e desordens têmporo-mandibulares**. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1992. 449 p.

OTUEMI, O. D.; UGBOKO, V. I.; ADEKOYA-SOFOWOCA, C. A. et al. Unmet orthodontic treatment need in rural Nigerian adolescents. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 25, n.3, Mar. 1997.

PAHO-WHO. Principles and basic concepts of equity and health. October 1999. p.1-11.

PAIM, J.S. A reforma sanitária e a municipalização **Saúde e Sociedade**, v.1, n.2, p.29-47, 1992.

PÊGO, R.A.; ALMEIDA, C. Teoria y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil e México. **Cad Saúde Pública**, v. 18, n. 4, p.971-89, Jul./ Ago. 2002.

PERES, K.G.; TRAEBERT, E.S.A; MARCENES, W. Diferenças entre autopercepção e critérios normativos na identificação das oclusopatias. **Rev Saúde Pública**, v.36, n.2, p.230-6, Fev.2002.

PERMET, L.; KARLANDER, E. L.; WILHELM, E. Treatment of malocclusions in children and adolescents at a public Dental Service in Sweden: extent and costs. **Swed Dent J**, v. 5-6, n.22, p. 87-193, 1998.

PETERSEN, P.E. Social inequalities in dental health. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.18, p. 153-8, 1990.

PIETILÄ, T.; PIETILÄ I.; VAATAJA, P. Early screening for orthodontic treatment. Differences in assessment made by a consultant orthodontist and the public health dentists. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 20, n.4, p. 208-214, Apr.1992.

PIETILÄ, T.; PIETILÄ I.; WIDSTRÖM, E. et al. Extent and provision of orthodontic services for children and adolescents in Finland. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 25, n. 3, p. 150-155, Mar. 1997.

PIETILÄ, T.; SINTONEN, H.; PIETILÄ, I. et al. Cost and productivity analysis of orthodontic care in Finland. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.26, n.8, p. 283-8, Ago. 1998.

PIMENTA, A.L. O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta. **Saúde e Sociedade**, v.2, n.1: p.25-40,1993

PINTO, V.G. Correções de Rumo para o levantamento epidemiológico em saúde bucal do ano de 2000. **Rev Bras Saúde Bucal Coletiva**, v.2, n.1, p-26-9, Fev.2000

\_\_\_\_\_. **Saúde bucal coletiva**. 4 ed. São Paulo: Santos, 2000. 540 p.

PINZAN, A.; NETO, J.V.; JANSON, G.R.P. O paciente ortodôntico quanto ao seu grau de informação e motivação, e suas expectativas acerca do tratamento. **Ortodontia**, v.30, n.3, p.5-10, Set./ Dez. 1997.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. Secretaria Municipal da Saúde. Instituto de Saúde Bucal. Relatórios Técnicos de Consolidação de Dado Básico- Município de Juiz de Fora- Educação Saúde S/C. Belo Horizonte.2000.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal da Saúde. Instituto de Saúde. Relatórios de Atividades Mensais. Juiz de Fora, 1999.

PROFFIT, W. R. **Ortodontia Contemporânea**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 595p. 1995.

PROFFIT, W. R.; FIELDS, J.R., H. W., MORAY, L. J. et al. Prevalence of malocclusions and orthodontic treatment need in the United States: Estimates from the NHANES III survey. **Int J Adult Orthod Orthognath Surg**, v.3, n.2, p.97-106, Feb. 1998.

RENDELL, J.K. Orthodontic treatment and temporomandibular joint disorders. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v.1, p. 84-87, Jan.1992.

RICHMOND, S.; DANIELS, C.P. International comparisons of professional assessments in orthodontics : Part 1- Treatment need. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 113, n.2, p. 180-5, Feb.1998.

RICHMOND, S.; DANIELS, C.P.; FOX, N. et al. The professional perception of orthodontic treatment complexity. **Br Dent J**, v.183, n.10, p. 371-77, Nov. 1997.

RICHMOND, S.; DANIELS, C. P. International comparisons of professional assessments in orthodontics : Part 2- Treatment outcome. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 113, n.3 p. 324-8, Mar.1998.

RICHMOND, S.; IKOMONOU, C.; WILLIAMS, B. et al. Orthodontic treatment standards in a public group practice in Sweden. **Swed Dent J**, v.25, n.4, p.137-44, Apr. 2001.

RICHMOND, S.; SHAW, W.C. Orthodontic in the General Dental Service of England and Wales: a critical Assessment of Standards. **Br Dent J**, n.174, p.315-29, 1993.

RUTZEN, S.R. The social importance of orthodontic rehabilitation: Report of a five year follow-up study. **J Health Soc Behav**, v. 3, n.14, p.233-40, 1973.

SANTIAGO, M.O. Prevalência de má oclusão em crianças de 7 a 12 anos usuárias do SUS, em Belo Horizonte. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1999. 178p.

SCHONFELD, W.H. Estimating dental treatment needs from epidemiological data. **J Public Health Dent**, v.41, n.1, Winter, 1981.

SERRA, C.G. A saúde bucal como Política de Saúde. Análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba. Dissertação de Mestrado. UERJ, Rio de Janeiro, 1998. 204 p.

SHAW, W.C. The influence of children's dentofacial appearance on their social attractiveness as judged by peers and lay adults. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, n.4, p.399-415, Apr.1981.

\_\_\_\_\_. Dentofacial Irregularities. In: PINE, C. **Community Oral Health**. London: Wrigt, p.104-11, 1997.

SHAW, W.C.; RICHMOND, S. Quality control in orthodontics: Factors influencing the receipt of orthodontic treatment. **Br Dent J**, v.19, n.1 p.66-9, Jan.1991.

SHAW, W.C.; RICHMOND, S.; O'BRIEN, K.D. et al. Quality control in orthodontics: Indices of treatment Need and treatment Standards. **Br Dent J**, v.9, n.2 p.107-12. Feb.1991.

SHEIHAM, A. A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: PINTO, V.G. **Saúde bucal Coletiva**. 4 ed. Editora Santos. São Paulo. p.223-50. 2000.

\_\_\_\_\_. Strategies for promoting oral health care. **Rev Bras Odont Saúde Coletiva**, v.2, n.1, p- 7-24, 2001.

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

SOARES, L.T.R. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Rio de Janeiro: Anna Nery, 1999. 368p.

SOUZA JÚNIOR, J.S. Estudo da percepção social das maloclusões. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2000.101 p.

SPINK, M.J.P. A construção do saber sobre saúde doença: uma perspectiva psicossocial. **Saúde e Sociedade**, v.1, n.2, p. 125-39, Fev.1992

TANG, E. L.K.; WEI, S.H.Y. Recording and measuring malocclusion: A review of the literature. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, n. 3, p. 344-51, Apr.1993.

TERRERI, A.L.M.; GARCIA,W.G. A contribuição dos bancos de dados sobre o desenvolvimento social e saúde para a organização do modelo municipal de saúde bucal. **Rev Bras Saúde Coletiva**, v.2, n.1, p. 25-33, 2001.

TESTA, M. La Planificación estratégica en el sector salud. Santiago de Chile: Cendes/UCV- Mimeo, 1981

TICKLE, M.; KAY, E.J.; BEARN, D. Socio-economic status and orthodontic treatment need. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 27, n. 6, p.413-8, Jun. 1999.

TOMITA, N. E. Relação entre determinantes sócioeconômicos e hábitos bucais: influência na oclusão de pré- escolares de Bauru-SP Brasil. Tese de Doutorado em Ortodontia. Faculdade de Odontologia Universidade de São Paulo. Bauru, 1997.246p.

TORRES, C.F.; CORRALES, M.C. Prevalência de maloclusiones en niños de 6 a 11 años de edad. **Rev Cubana Estomatol**, n. 22, p223-8, Sep./ Dec.1985.

TULLOCH, J.F.C.; SHAW, W.C. A comparison of attitudes toward orthodontic treatment in British and American Communities. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, n. 3, p. 253-9, Mar. 1984.

VARELA, M.; GARCÍA-CAMBA, J. E. Impact of orthodontics on the psychologic profile of adult patients: A prospective study. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v.108, n.2, p-142-8, Feb.1995.

VIANNA, M.L.W. **A americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Revan, 2000. 288p.

WARNER, K. E. Issues in cost effectiveness in health care. **J Public Health Dent**, v. 49, n.5, Special Issue, 1989.

WATANABE, M.G.C., AGOSTINHO, A.M.; MOREIRA, A. Aspectos sócio-econômicos dos pacientes atendidos nas clínicas da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto/USP. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v.11, n.2, p.147-51, Abr./Jun.1997

ZANETTI,C.H.G. Opinião: a inclusão da saúde bucal nos PACS/PSF. Disponível em <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>. Consultado em 10 outubro de 2001.

## 9. ANEXOS

### ANEXO I

Componente de Saúde Bucal (DHC) do Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico ( OITN)

<b>Grau</b>	<b>Critério Diagnóstico</b>
5 (Muito Severo: Necessita tratamento)	
5.a	Erupção de dentes impossibilitadas (exceto terceiros molares) devido a apinhamento, deslocamento, presença de dentes supranumerários, decíduos retidos e qualquer causa patológica.
5.b	Ausência extensiva de dentes exigindo reposição (mais de um dente perdido em cada quadrante) e requerendo ortodontia prévia
5.c	Overjet maior que 9 mm
5.d	Overjet reverso maior que 3,5 mm, acompanhado por dificuldades de mastigação ou fala informadas pelo paciente
5.e	Lábio leporino e fissura palatina
5.f	Dentes decíduos impactados
4 (Severo: Necessita tratamento)	
4.a	Ausência menos extensiva de dentes requerendo ortodontia prévia ou mantenedor de espaço para reduzir exigências de prótese
4.b	Overjet maior que 6 mm, mas menor que 9 mm
4.c	Overjet reverso maior que 3,5 mm, mas sem problemas mastigatórios ou de fala
4.d	Overjet reverso maior que 1 mm e menor que 3,5 mm, acompanhado por problemas mastigatórios ou de fala

4.e	Mordida cruzada anterior ou posterior com mais de 2 mm de discrepância entre as posições de contato (forçado para trás) e intercúspides
4.f	Mordida cruzada posterior língua sem que haja contato oclusal em um ou em ambos segmentos bucais
4.g	Afastamento severo dos dentes, maior que 4 mm
4.h	Mordida aberta lateral ou anterior maior que 4 mm
4.i	Overbite aumentado ou completo com trauma gengival ou do palato
4.j	Dentes parcialmente erupcionados, ponteagudos e impactados contra os dentes adjacentes
4.l	Presença de dentes supranumerários
3 (Intermediário: Tratamento indicado segundo o caso)	
3.a	Overjet maior que 3,5 mm, mas menor ou igual a 6 mm, com inaptidão labial
3.b	Overjet nervoso maior que 1 mm e menor ou igual a 3,5 mm
3.c	Mordida cruzada anterior ou posterior com discrepância maior que 1 mm e menor ou igual a 2 mm, entre as posições de contato (forçado para trás) e intercúspides
3.d	Afastamento do ponto de contato dos dentes maior que 2 mm e menor ou igual a 4 mm
3.e	Mordida aberta lateral ou anterior maior que 2 mm e menor ou igual a 4 mm
3.f	Overbite profundo completo nos tecidos gengival ou palatal, mas com ausência de trauma
2 (Leve: pequenos tratamentos)	
2.a	Overjet maior que 3,5 mm e menor ou igual a 6 mm com

	aptidão labial
2.b	Ovejet reverso maior que 0 mm e menor ou igual a 1 mm
2.c	Mordida cruzada anterior ou posterior com discrepância menor ou igual a 1 mm entre as posições de contato (forçado para trás) e intercúspides
2.d	Afastamento do ponto de contato dos dentes maior que 1 mm e menor ou igual a 2 mm
2.e	Mordida aberta lateral ou anterior maior que 2 mm e menor ou igual a 2 mm
2.f	Overbite maior ou igual a 3,5 mm sem contato gengival
2.g	Oclusão pré-normal ou pós-normal sem outras anomalias (inclui discrepância de até meia unidade)
1 (Nenhum)	
1.a	Maloclusão muito pequena incluindo afastamento do ponto de contato inferior a 1 mm

Fonte: PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4.ed. São Paulo: Santos, 2000, p.242-245

## ANEXO II IODD- Índice Odontológico de Desempenhos Diários

### IDENTIFICAÇÃO

Numero de identificação: \_\_\_\_\_ (1-4)

Localização \_\_\_\_\_ (5-6)

Data (mês) \_\_\_\_\_ (7-8) (ano): \_\_\_\_\_ (9-10)

### INTRODUÇÃO

Nesta pesquisa estamos entrevistando pessoas com a finalidade de investigar as condições da saúde bucal. Não há resposta certa ou errada. Por favor, sinta-se à vontade, responda como quiser e pergunte qualquer coisa que não entender.

### PARTE I – DADOS DEMOGRÁFICOS

Primeiro, gostaríamos de ter informações a seu respeito.

Nome (Sr , Sra , Srta ) \_\_\_\_\_

Idade:  anos (11-12)

Estado civil:  (13)

(1 - Solteiro; 2 – Casado; 3 – Divorciado; 4 - Viúvo)

Ocupação:  (14)

(1 – Agricultor; 2 – Empregado da Indústria; 3 - Empregado do Comércio, 4 – Comerciante, 5 - Funcionário Público, 6 – Industrial; 7 – Profissional, autônomo; 8 – Outros [especificar])

Escolaridade:  (15)

(0 – Nenhuma, 1 – Até 4ª série; 2 – 5ª a 8ª série; 3 – Até 2º grau completo, 4 – Universitário ou curso superior; 5 – Pós-graduado)

### PARTE 2 – SAÚDE GERAL

G1. Em geral, você acha que sua saúde está:  (16)

(1 – Excelente; 2 - Muito boa; 3 – Boa; 4 - Razoável; 5 – Ruim)

G2. Nas últimas quatro semanas você tem tido algum dos seguintes problemas, no trabalho ou em outra atividade diária, por causa da sua saúde?

\*Questionário elaborado e utilizado pelo Departamento de Epidemiologia e Saúde Pública do *University College London*

a) Diminuiu o tempo de trabalho ou outras atividades:  (17)

1. Sim      2. Não

b) Fez menos trabalho do que você gostaria:  (18)

1. Sim      2. Não

c) Ficou limitado no tipo de trabalho ou outras atividades:  (19)

1. Sim      2. Não

d) Teve dificuldades em realizar o trabalho ou outras atividades (p. ex., teve que se esforçar mais):  (20)

1. Sim      2. Não

**G3.** Na última semana, você tem tido algum dos seguintes problemas no trabalho ou em outras atividades diárias devido à sua saúde?

a) Diminuiu o tempo que você passa no seu trabalho ou outras atividades:  (21)

1. Sim      2. Não

b) Trabalhou menos do que você gostaria  (22)

1. Sim      2. Não

c) Não trabalhou ou realizou outras atividades tão cuidadosamente como de costume?  (23)

1. Sim      2. Não

**G4** Na semana passada os problemas com a saúde física ou emocional interferiram em suas atividades sociais com a sua família, vizinhos ou grupos? Quanto?  (24)

1. Nada      2. Um pouco      3. Moderadamente      4. Bastante      5. Muito

**G5.** Comparando a sua saúde com outras pessoas da sua idade você acha que ela é:  (25)

1. Muito melhor      2. Um pouco melhor      3. Igual      4. Um pouco pior      5. Muito pior

**G6.** Nos últimos anos sua saúde está melhor ou pior?  (26)

1. Muito melhor      2. Um pouco melhor      3. Igual      4. Um pouco pior      5. Muito pior

### PARTE 3 – IMPACTO BUCAL NOS DESEMPENHOS DIÁRIOS (IODD)

Gostaria de saber que problemas sua saúde bucal lhe causou nos últimos seis meses (Faça todas as perguntas para cada desempenho/atividade do quadro 6.5)

#### Pergunta 1

a) Problemas com a sua boca, dentes ou próteses nos últimos seis meses têm causado dificuldades no seu ..... (desempenho)?

0. Não (Passe para a próxima questão);      1. Sim (Passe para a pergunta b)

b) Se a resposta for Sim, com que frequência?

1. Menos de uma vez ao mês (Passe para a pergunta c)  
 2. Uma ou duas vezes ao mês  
 3. Uma ou duas vezes por semana  
 4. Três a quatro vezes por semana  
 5. Todo ou quase todo dia (5+ vezes/semana)

c) Se for menos de uma vez ao mês, aproximadamente quantos dias no total?

1. Até 5 dias no total
2. Até 15 dias no total
3. Até 30 dias no total
4. Até 3 meses no total
5. Mais de 3 meses no total

#### Pergunta 2

Agora, gostaria de saber da gravidade do problema em relação à pergunta 1. Em uma escala de 0 a 5, onde 0 é nenhuma e 5 é muito grave, como você o classifica?

0.    1.    2.    3    4    5

#### Pergunta 3

Qual tem sido o principal sintoma?

1. Dor
2. Desconforto
3. Limitação na função (p. ex., mastigar, morder ou abrir bem a boca)
4. Insatisfação com a aparência
5. Outros (especificar)

#### Pergunta 4

Você poderia especificar quais os problemas que você tem tido com a sua boca, dentes, ou dentadura?

00. Não consegue identificar

##### *Dentes*

01. dor de dente
02. falta de dente
03. dente mole
04. cor dos dentes
05. posição dos dentes (por ex., dente torto ou muito para frente)
06. formato/tamanho dos dentes

##### *Boca*

07. deformidade na boca ou rosto
08. úlcera bucal ou escoriações doloridas (não relacionadas à prótese)
09. sensação de queimação na boca
10. respiração difícil
11. distúrbio no paladar
12. gosto desagradável

##### *Gengivas*

13. hemorragias gengivais
14. afastamento da gengiva
15. abscesso gengival

##### *Mandíbula*

16. barulho desagradável ou estalo na articulação mandibular

## Impactos dos problemas relacionados às perguntas 1 a 4 sobre o desempenho diário

Desempenho/Atividade	Códigos (27) a (62)			
	Perguntas			
	1	2	3	4
1. Comer e gostar da comida				
2. Falar e pronunciar com clareza				
3. Limpar a boca				
4. Fazer atividades leves (limpar, cozinhar, etc.)				
5. Dormir e relaxar				
6. Sorrir, dar risadas e mostrar os dentes sem qualquer constrangimento				
7. Manter o estado emocional normal, sem ficar irritado				
8. Desempenhar o trabalho ou atividade principal				
9. Ter contato com outras pessoas (p.ex., sair com amigos)				

17. mandíbula travada; travamento anterior  
 18. obturação mal feita (por ex., quebrada, cor diferente do dente)  
 19. dentadura solta ou mal colocada  
 20. aparelhos ortodônticos  
 88. Outros (especifique)  
 99. Sem resposta

## PARTE 4 – COMPORTAMENTO: FATORES SOCIOPSIOLÓGICOS

Agora, gostaria de fazer algumas perguntas relacionadas com os seus dentes e boca. Não há perguntas certas ou erradas. Por favor, sinta-se à vontade para responder o que realmente pensa e faz.

## Pergunta 5

- a) Você teve oportunidade de limpar os seus dentes ontem?  (63)  
 0 Não (Pule para a pergunta 6.) Se a resposta for Sim:
- b) Quantas vezes?   
 1. Uma vez  
 2. Duas vezes  
 3. Mais de duas vezes
- c) Como você limpa os seus dentes?  (20)  
 1. Escovando os dentes  
 2. Escovando os dentes e outras maneiras (especifique) \_\_\_\_\_  
 3. Outro método (especifique) \_\_\_\_\_

**Pergunta 6**

a) Você coloca açúcar na sua comida?  (65)

1. Nunca
2. Raramente
3. Às vezes
4. Frequentemente/sempr

Número de colheres de chá:  (66-67)

b) Você coloca açúcar na sua bebida (p ex., chá ou café)?  (68)

1. Nunca
2. Raramente
3. Às vezes
4. Frequentemente/sempr

Número de colheres de chá:  (69-70)

c) Quantas vezes, ontem, você comeu sobremesa ou comida doce?

Número de vezes:  (71)

d) Quantas vezes, ontem, você tomou bebida doce (p ex., suco, refrigerante, chá, café com açúcar)?

Número de vezes:  (72)

**Pergunta 7**

a) Você tem fumado cigarro nesses dias?

Se a resposta for Não, você já teve o hábito de fumar regularmente?  (73)

1. Nunca
2. Já fumei, mas não fumo mais

b) Se você fuma, é cigarro em maço (industrial) ou feito na mão (palheiro)?

b1) Se fuma cigarro industrial, quantos por dia?

Número de cigarros/dia:  (74-75)

b2) Se fuma palheiro, quantas gramas de fumo você utiliza por semana?

Número de gramas/semana:  (76)

**Pergunta 8**

a) Aproximadamente há quanto tempo foi a sua última consulta ao dentista?  (77)

0. Nunca
1. Há mais de 20 anos
2. Entre 10 e 20 anos
3. Entre 5 e 10 anos
4. Entre 2 e 5 anos
5. De 1 a 2 anos
6. Menos que 1 ano

b) Quantas vezes você foi ao dentista nos 2 últimos anos?

00. Nenhuma

Número de vezes:  (78-79)

c) Se a resposta for positiva, por que foi ao dentista?

(Pode assinalar mais de uma resposta se teve mais de uma razão para ir ao dentista.)

1. *Check-up* ou finalidades profiláticas  (80)
2. Por sintoma inicial de doenças bucais  (81)
3. Por sintoma tardio de doenças bucais  (82)
4. Consulta marcada com o dentista  (83)
5. Outras razões (citar)  (84)

#### Pergunta 9

Você é o tipo de pessoa que:  (85)

1. Coloca a culpa de muitos de seus problemas nos dentes
2. Coloca alguma culpa de seus problemas nos dentes
3. Quase não culpa seus dentes pelos problemas que tem

#### Pergunta 10

Você acredita que os tratamentos dentários ajudam a deixar os dentes e a sua boca mais saudáveis?  (86)

1. Sim/absolutamente
2. Provavelmente/às vezes/não tem certeza
3. Não
4. Não sei

#### Pergunta 11

Algumas pessoas sentem muito medo quando vão ao dentista, outras se sentem um pouco nervosas, sendo que outras não se incomodam. Você se sente:  (87)

1. Com medo, muito nervoso
2. Bastante nervoso
3. Um pouco nervoso
4. Nem um pouco nervoso

#### Pergunta 12

a) Se você tiver problemas dentários, você consulta um dentista?  (88)

1. Definitivamente sim
2. Provavelmente/sem muita certeza
3. Não

b) Se a resposta é definitivamente Não; por que você acha que é difícil consultar um dentista? (Pode dar mais de uma resposta)

1. Medo  (89)
2. Custo  (90)
3. Problema de tempo  (91)
4. Disponibilidade de serviço  (92)

5. Falta de confiança na competência do dentista  (93)
6. Acha que não irá beneficiar se com o tratamento dentário  (94)
7. Insatisfação com tratamento dentário anterior  (95)
8. Outros (cite)\_\_\_\_\_  (96)

#### Pergunta 13

- a) Alguma vez um dentista ou de uma equipe odontológica ou mesmo um funcionário de saúde lhe explicou como higienizar (limpar) os dentes?  (97)
- 0 Não (Vá para a Pergunta 14 )
- b) Se a resposta for Sim, o que você foi aconselhado a fazer?
- 1 Não consegue lembrar/sem certeza (Vá para a Pergunta 14 )
- c) Se consegue lembrar e explicar, você está seguindo esses conselhos? (Assinale)
2. De modo nenhum
3. Parcialmente
- 4 Totalmente

#### Pergunta 14

Alguma vez um médico ou funcionário da saúde lhe aconselhou sobre os tópicos abaixo?  
Se a resposta for Não, escreva 0 (zero), se for Sim e você está seguindo os conselhos, escreva:  
1. De maneira nenhuma; 2. Parcialmente; 3 Totalmente

Sobre qual tópico você já foi aconselhado? (Assinale um tópico para procedimento de auto-controle, e um para regime com medicação)

- a) *Procedimento de auto-controle*
- a1. Dieta (p ex., redução de gordura/sal/açúcar) 0 1 2 3  (98)
- a2. Redução de fumo 0 1 2 3  (99)
- a3. Outros (citar)\_\_\_\_\_ 0 1 2 3  (100)
- b) *Medicação*
- b1. Usando automedicação (drogas de rotina) 0 1 2 3  (101)
- b2. Medicação sob receita médica 0 1 2 3  (102)
- b2. Outros (citar)\_\_\_\_\_ 0 1 2 3  (103)

Obrigado por sua cooperação.

Tempo de entrevista  (104-105)

Marcação para exame odontológico clínico: \_\_\_\_\_

Fonte: PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4.ed. São Paulo: Santos, 2000, p.242-245

## ANEXO III - Nível 3 do IODD

## Questionário sintético sobre os impactos odontológicos no desempenho diário

<p>1) Nos últimos 6 meses a sua boca, dentes, ou próteses têm lhe causado alguma dificuldade em . . . . . (tipo de atividade)?</p> <p>Se a resposta é Sim,</p> <p>2 a) A dificuldade em fazer a . . . . . (atividade) acontece "sempre" ou por um certo período ou intervalo?</p> <p>Se a dificuldade for "sempre",</p> <p>2 b) Nos últimos 6 meses, com que frequência você tem tido esta dificuldade? Ou, se restrita a um "período ou intervalo",</p> <p>2 c) Quantas vezes nos últimos 6 meses você tem tido esta dificuldade? (A classificação das respostas "a" e "b" está no quadro 6.4)</p> <p>3) Em uma escala de 0 a 5, onde 0 é nada (nenhum efeito) e 5 é muito (efeito severo), qual o grau que reflete sua dificuldade em . . . . . (atividade) na vida diária?</p>
<b>Atividades/desempenhos</b>
<p>a. Comer e gostar da comida</p> <p>b. Falar e pronunciar as palavras com clareza</p> <p>c. Limpar os dentes</p> <p>d. Dormir e descansar</p> <p>e. Sorrir, gargalhar e mostrar os dentes sem constrangimento</p> <p>f. Manter o estado emocional normal sem se irritar</p> <p>g. Continuar a levar uma vida normal e a fazer o seu trabalho</p> <p>h. Satisfação nos encontros sociais com outras pessoas</p>

Quadro 6.6

Critérios de classificação de frequência das atividades afetadas nos últimos seis meses

Atividade/desempenho	Pontuação
Nunca	0
Menos de uma vez ao mês, ou intervalo de até 5 dias no total	1
Uma ou duas vezes por semana, ou intervalo de até 15 dias no total	2
Uma ou duas vezes por semana, ou intervalo de até 30 dias no total	3
Três ou quatro vezes por semana, ou intervalo de até 3 meses no total	4
Todo ou quase todo dia, ou intervalo de mais de 3 meses no total	5

Fonte: PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4.ed. São Paulo: Santos, 2000, p.240.

## ANEXO IV- Ficha de Consulta -CO/FO/UFJF



Universidade Federal de Juiz de Fora - Faculdade de Odontologia  
Especialização em Ortodontia e Ortopedia Facial

**Ficha de Consulta**

Nome: \_\_\_\_\_ Data consulta: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Data nasc: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_  
End comercial: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
Recomendado por: \_\_\_\_\_  
Escola: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Estado geral de saúde: \_\_\_\_\_ Doenças: \_\_\_\_\_  
Tipo psicológico: \_\_\_\_\_ Tem vontade de corrigir?: \_\_\_\_\_  
Adenóides: \_\_\_\_\_ Amígdalas: \_\_\_\_\_  
Higiene bucal: \_\_\_\_\_ Freq cáries: \_\_\_\_\_  
Erupção dent.: \_\_\_\_\_ Dentisteria: \_\_\_\_\_  
Respiração: \_\_\_\_\_ Ton.musc.: \_\_\_\_\_  
Deglutição: \_\_\_\_\_ Fonação: \_\_\_\_\_  
Hábitos: \_\_\_\_\_ Overjet: \_\_\_\_\_  
Perfil: \_\_\_\_\_ Dim vert: \_\_\_\_\_  
L.média: \_\_\_\_\_  
Arcos: \_\_\_\_\_ Padrão facial: \_\_\_\_\_  
Sobremordida: \_\_\_\_\_ Padrão fechamento: \_\_\_\_\_  
Classificação: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Tratamento indicado: \_\_\_\_\_  
Prognóstico: \_\_\_\_\_ Tempo tratamento: \_\_\_\_\_  
Outros exames solicitados: \_\_\_\_\_  
Observações: \_\_\_\_\_

Professor: \_\_\_\_\_

## ANEXO V- Questionário Psicossocial.



Universidade Federal de Juiz de Fora - Faculdade de Odontologia  
Especialização em Ortodontia e Ortopedia Facial

ANÁLISE DE DO PERFIL PSICOSSOCIAL

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

1. Sobre sua percepção sobre sua saúde bucal :Quem te chamou a atenção para a necessidade de um tratamento ortodôntico? ( ) Família ( ) Colegas de trabalho /escola ( ) Um dentista ( ) auto percepção( você mesmo percebeu)

---

2. Que fator mais te chama a atenção em seus dentes e no seu sorriso?  
( ) Restaurações ( ) Cáries(Se existentes)( ) Problemas de posicionamento dentário ( ) Coloração dos dentes

---

3. O posicionamento dos seus dentes te causa problemas durante a fala?( )Sim ( ) Não

---

4. E durante a mastigação ou deglutição? ( ) Sim ( ) Não

---

5. O problema de posicionamento dos dentes já lhe causou algum desconforto ou sentimento de Vergonha diante de outras pessoas ou em certas situações?( ) Sim ( ) Não

---

6. Ou já te impediu de exercer qualquer função social? ( ) Sim ( ) Não

---

7. Você acha que com o tratamento ortodôntico pode melhorar, de certa forma, suas relações sociais? ( ) Sim ( ) Não

---

8. Você acha que sua auto-estima será melhorada após o tratamento? ( ) Sim ( ) Não

---

9. Qual foi o motivo principal para que você procurasse um tratamento ortodôntico? ( )  
Baixa auto estima devido ao posicionamento dos dentes : ( ) Por pura estética  
( ) Para melhorar a aceitação social ( ) Por causa de dores articulares ou distúrbios na fala c/ou deglutição.

## ANEXO VI Questionário Socioeconômico

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

### SERVIÇO SOCIAL LEVANTAMENTO ECONÔMICO SOCIAL

NÚMERO DO REGISTRO SS ..... CES ..... Data ..... / ..... / .....

#### 1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome do Cliente: .....  
Nome do Entrevistado: ..... Sexo: ..... Idade: .....  
Está tratando? SIM ( ) – NÃO ( ) – Tempo de espera da vaga .....

#### 1.1 - RESIDÊNCIA:

Rua: ..... Nº ..... Fone: .....  
Bairro: ..... Cidade: ..... Estado: .....  
Ônibus: .....

#### 1.2 - ESTADO CIVIL:

Solteiro ( ) Casado ( ) Viúvo ( ) Desquitado ( ) Anasiado ( ) Separado ( )

#### 1.3 - SITUAÇÃO PROFISSIONAL:

Trabalha? SIM ( ) – NÃO ( ) – Por que não? .....  
Local: .....  
(Firma e endereço)  
Tempo: ..... Ocupação: ..... Salário fixo: .....  
Hora Extra: ..... Total rendimentos salariais .....

#### 1.4 - OUTROS RENDIMENTOS:

Valor: ..... Total: .....

#### 1.5 - HABITAÇÃO:

Tipos: ..... Número de cômodos: .....  
Instalação sanitária: SIM ( ) – NÃO ( ) – Tipo: .....  
Água encanada ( ) – Poço artesiano ( ) – Outros: .....  
Valor: .....  
Luz: SIM ( ) – NÃO ( ) – Outros: ..... – Valor: .....  
Habitação própria: SIM ( ) – NÃO ( ) – PAGA ( ) – EM PAGAMENTO ( )  
Valor: .....  
Alugada: SIM ( ) – NÃO ( ) – Valor: ..... – Cedida: .....

#### 1.6 - SAÚDE:

##### 1.6.1 - DESPESAS PERMANENTES:

Médicas: SIM ( ) – NÃO ( ) – Valor Mensal: .....  
Farmacêuticas: SIM ( ) – NÃO ( ) – Valor Mensal: .....  
Hospitalares: SIM ( ) – NÃO ( ) – Valor Mensal: .....  
Total de despesas mensal: .....  
Tipo moléstia: .....  
Tempo doença: .....

##### 1.6.2 - RECEBE PENSÃO DE ALGUM INSTITUTO?

SIM ( ) – NÃO ( )  
Especificar: .....

