



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro de Biomédico

Instituto de Medicina Social

Sérgio Murta Maciel

**A presença da ortodontia no SUS: a experiência dos  
CEOs e de outros serviços públicos de saúde bucal**

Rio de Janeiro

2008

Sérgio Murta Maciel

**A presença da ortodontia no SUS: a experiência dos  
CEOs e de outros serviços públicos de saúde bucal**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Políticas, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof. Dr. George Edward Machado Kornis

Rio de Janeiro

2008

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

M152 Maciel, Sérgio Murta.

A presença da ortodontia no SUS: a experiência dos CEOs e de outros serviços públicos de saúde bucal / Sérgio Murta Maciel. – 2008. 203f.

Orientador: George Edward Machado Kornis.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. 2. Ortodontia – Teses. 3. Serviços de saúde bucal – Brasil – Teses. 4. Política de saúde – Brasil – Teses. I. Kornis, George Edward Machado. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.314-089.23

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Sérgio Murta Maciel

**A presença da ortodontia no SUS: a experiência dos  
CEOs e de outros serviços públicos de saúde bucal**

Tese apresentada, como requisito parcial para  
obtenção do grau de Doutor ao Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva da  
Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área  
de concentração: Políticas, Planejamento e  
Administração em Saúde.

Aprovada em 02 de dezembro de 2008.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. George Edward Machado Kornis (orientador)  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Sulamis Dain  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosangela Caetano  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite  
Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde – UFJF

---

Prof. Dr. Marcos Vinicius Queiroz de Paula  
Faculdade de Odontologia – UFJF

Rio de Janeiro

2008

## DEDICATÓRIA

Nasceste juntamente com este projeto...

Foste minha fonte inesgotável de inspiração ao torná-lo factível...

E embora com ele tenhas disputado meu tempo, meus dias, minha atenção...

E por incontáveis vezes tenhas externado em teus olhinhos pueris o desejo silencioso de exclusividade...

...consegui também neles ler pensamentos de admiração, respeito e paciência... afinal, Davi, sei que um dia entenderás que este trabalho te teve como referência pois, contribuiu um pouco para fazer um mundo melhor... o mundo no qual viverás...

...por isso a ti: meu filho; minha continuação; minha eternidade...

...dedico.

## AGRADECIMENTOS

Mais uma vez a parceria brilhou... agradeço imensamente a você, Prof. Kornis a oportunidade que me deu; as horas e os dias dedicados à minha formação intelectual, e humana além da de “Doutor em Saúde Pública”. Saiba que ser da “linhagem Dr. Kornis” é motivo de honra e orgulho, significa ser formado mais que um sanitarista, significa ter acesso à sua imensa sabedoria, denotando evoluir em maturidade para olhar o mundo como olhos sem vendas, sob uma perspectiva, que você sabe imprimir com maestria em seus orientandos.

À Prof.<sup>a</sup> Dra. Isabel Leite, amiga inestimável, que contribuiu incomensuravelmente para que um projeto difícil e de execução laboriosa, pudesse se tornar uma Tese. Tua luz, Isabel, refletiu em mais um trabalho, e, novamente, foste mais que amiga, foste entusiasta, incentivadora, uma mestre na arte de compartilhar teu saber e tua bondade.

Aos meus ex-professores e eternos mestres: Marcus Vinícius Queiroz, Sulamis Dain e Rosângela Caetano, pois além do conteúdo com o qual contribuíram para a minha formação, emprestam seu tempo, sua boa vontade e conhecimentos compondo esta banca.

À Prof.<sup>a</sup> Maria Inês Boechat, que não só acompanha minha trajetória há 11 anos, como vivenciou proximamente todo o processo do Doutorado e a ele ofereceu grande quota de contribuição, mostrando-se mais que uma solidária colega de trabalho, sendo uma amiga com notas de “mãezona”.

Aos meus amigos e colegas de trabalho Valdeci Oliveira, João Vicente e Felipe que sempre me foram solícitos quando precisei de seu apoio e que também acompanharam minha trajetória recente e comigo se solidarizaram durante esta jornada.

Em especial, agradeço ao Dr. Claudenir Liedens (Caçador-SC); à Dra. Silvana Furtado (Fortaleza-CE), que a mim abriram as portas dos CEOs por eles dirigidos, pela calorosa recepção que tive em seus domínios por ocasião da visitas observacionais. Externo a vocês meus cumprimentos e congratulações pelo magnífico trabalho desenvolvido em seus respectivos centros de saúde.

À Simone Silva, gerente do CEO de Itabirito (MG) e ao Dr. Carlos Ricardo, diretor das clínicas de Angra dos Reis e Duque de Caxias (RJ), pela participação efetiva na pesquisa ao permitirem minha visita aos estabelecimentos que chefiam.

Agradeço aos Coordenadores de Saúde Bucal e demais funcionários das coordenações, dos estados: AC, AL, AM, AP, BA, CE, DF, ES, GO, MG, MT, MS, PA, PB, PE, PI, PR, RJ, RN, RO RS, SC, SE, TO.

Aos Secretários de Saúde e Gestores da Saúde Bucal dos municípios envolvidos na pesquisa e, principalmente, aos gerentes e administradores dos CEOs que disponibilizaram seu tempo e sua boa vontade nos atualizando sobre os serviços de Ortodontia prestados por seus estabelecimentos. Foram tantos contatos pessoais, por e-mail, via correios ou telefônico, que os generalizo eximindo-me assim de uma inevitável injustiça na omissão de algum nome. As preciosas informações que me forneceram foram essenciais no alavancar do projeto, esse empenho só somou para ajudar na construção de um SUS cada vez mais norteado pelos princípios de Universalização e Integralidade.

Finalmente a razão e a emoção se sinergizam quando me refiro à Cristina, minha esposa, e aos meus pais, Olegário e Célia...

... Meus queridos pais, no auge de sua maturidade podem realmente acreditar que sua missão foi cumprida e coroada com mais um degrau alcançado por quem representa uma amálgama de sua essência. Obrigado por sempre.

... Cris, há nada menos que uma década e meia és minha defensora, minha referência e minha companheira, nem posso só te dedicar ou agradecer por mais essa etapa conquistada, e sim dizer que o produto desta conquista também te pertence, pois não sei onde começa e onde termina o Sérgio que se mescla a ti nas batalhas e vitórias da vida, assim como nas linhas desta tese.

## RESUMO

MACIEL, Sérgio Murta. *A presença da ortodontia no SUS: a experiência de CEOs e de outros serviços públicos de saúde bucal*. 2008. 203 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2008.

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

Palavras-chave: Centro de Especialidades Odontológicas. Ortodontia. Política Nacional de Saúde Bucal



## ABSTRACT

Orthodontic care, which has been offered by the SUS, albeit in an incipient manner, was reinvigorated with the creation of the Dental Specialty Centers (CEOs) by the National Oral Health Policy (PNSB), launched in 2004. However, information about data regarding this care remained unknown. This led to the following questions: Where are the centers that include this type of care located? What type of orthodontic care is offered at these locations? What are the problems related to this process? In this sense, the present thesis' object was to discover answers to these questions. To investigate the location of the CEOs and other oral health centers throughout Brazil that offer orthodontic care; examine the public health of the municipalities where they are located; observe the *modus operandi* of these orthodontic actions. Next, in a prospective exercise, the study discussed the ways to increment them to make them more effective. Through the State Oral Health Coordinators (CESB), all public orthodontic services in Brazil were located, and the managers and/or administrators of these services were asked to provide information regarding the intramural orthodontic programming provided. Forty-two public orthodontic services were found in 39 municipalities throughout Brazil. The data obtained referring to orthodontic treatment were analyzed and demonstrated problems in the areas of human resources; financing; triage and reference, in addition to the lack of a broad clinical protocol, to guide these actions. They also pointed to the need to discuss new ideas about these issues. Orthodontics is definitively part of the agenda at the SUS, and since this is a rather incipient experience, it still needs some adjustment. These adjustments have been discussed in a protocol of conduct that can be adapted to the reality of each municipality. In this protocol, elements leading to greater technical effectiveness and increased political and financial feasibility are indicated for the process of inclusion of Orthodontics at SUS.

Keywords: Dental Specialty Centers. Orthodontics. National Oral Health Policy

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Região Norte. Em destaque localização das cidades ; 1-Belém (PA) e 2-Araguaína (TO).....	61
Figura 2	Região Sul. Em destaque localização das cidades: 1- Curitiba (PR); 2- Paranavaí (PR) e 3- Caçador (SC).....	63
Figura 3	Região Centro Oeste. Em destaque a localização das cidades: 1- Goiânia; 2- Rio Verde e 3- Uruaçu (GO) e 4- Cuiabá (MT). ....	64
Figura 4	Região Sudeste. Em destaque localização das cidades: 1 - Colatina(ES); 2 - Belo Horizonte e 3- Itabirito (MG); 4- Angra dos Reis; 5- Paraíba do Sul, 6- Duque de Caxias, 7- Mangaratiba,8 - Natividade, 9 - Rio de Janeiro (RJ); 10 - Itapira, 11- Jales, 12- Leme, 13- Mairiporã, 14 - Osasco, 15 - Piraju, 16- Ribeirão Preto, 17- Rio Claro e 18- São Paulo (SP).....	67
Figura 5	Região Nordeste. Em destaque a localização das cidades: 1-Arapiraca (AL); 2-Juazeiro e 3- Vitória da Conquista (BA); 4-Fortaleza, 5- São Gonçalo do Amarante, 6- Tauá (CE); 7-Brejo da Madre de Deus, 8 - Palmares (PE); 9- Piri-piri (PI); 10- João Pessoa, 11- Sumé (PB) e 12- Nossa Senhora do Socorro (SE). ....	70
Figura 6	Fachada do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO1) de Caçador (SC).....	121
Figura 7	O almoxarifado do CEO .....	122
Figura 8	Clínica do CEO 1.....	123
Figura 9	Atendimento Ortodôntico no CEO 1 de Caçador (SC).....	124
Figura 10	Confecção de aparelhos ortodônticos no CEO 1. ....	125
Figura 11	Fachada do Centro Especializado Odontológico - CEO-Centro de Fortaleza (CE) .....	128
Figura 12	Clínica de Ortodontia do CEO-Centro .....	129
Figura 13	Laboratório de Ortodontia e confecção dos aparelhos ortodônticos.....	130
Figura 14	Anfiteatro do CEO-Centro.....	130
Figura 15	Centro de Estudos Prof. Wilson Dias .....	131
Figura 16	Central de esterilização do CEO -Centro.....	131
Figura 17	Arquivos com os prontuários e documentação ortodônticas dos pacientes de ortodontia do CEO -Centro.....	135

Figura 18	Tomada radiográfica de radiografia panorâmica realizada no centro radiológico do CEO-Centro.....	136
Figura 19	Fluxograma para referência e contra-referência em Ortodontia para o setor público. ....	172

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01	Distribuição dos Serviços Públicos de Ortodontia no Brasil, oferecido por CEOs ou por outros EPBSs.....	71
Gráfico 02	Evolução no número de CEOs e demais EPSB, com prestação de serviços ortodônticos, ao longo dos últimos 12 anos. ....	72
Gráfico 03	Distribuição dos municípios do estudo de acordo com sua influência regional. ....	73
Gráfico 04	Distribuição dos municípios do estudo segundo a população em n. de habitantes.....	78
Gráfico 05	Distribuição dos municípios do estudo segundo seu PIB <i>per capita</i> comparado ao indicador nacional .....	89
Gráfico 06	Distribuição dos municípios do estudo segundo seu IDH comparado ao mesmo indicador nacional 0,800 (PNUD,2008). ....	89
Gráfico 07	Distribuição dos níveis do CPO-D em relação à média nacional .....	96
Gráfico 08	Distribuição do número de ortodontistas em 32 dos 34 serviços envolvidos no estudo. ....	109
Gráfico 09	Distribuição dos diferentes tipos de correções das deformidades dentofaciais nos EPSBs. ....	110
Gráfico 10	Distribuição dos diferentes tipos de aparelhos ortodônticos oferecidos nos EPSBs envolvidos no estudo. ....	110
Gráfico 11	Distribuição das variantes na confecção da aparatologia ortodôntica nos EPSBs. ....	111
Gráfico 12	Distribuição das diferentes faixas etárias atendidas nos EPSBs. ....	111
Gráfico 13	Distribuição dos tipos de triagem nos EPSBs.....	112
Gráfico 14	Conhecimento dos gerentes, coordenadores de saúde bucal e diretores de EPSBs quanto ao conhecimento de um protocolo ministerial sobre Ortodontia no SUS. ....	113
Gráfico 15	Protocolo ortodôntico seguido nos EPSBs .....	113
Gráfico 16	Confecção da documentação ortodôntica nos diferentes serviços envolvidos no estudo. ....	114
Gráfico 17	Financiamento das ações de ortodontia nos CPSB .....	115

Gráfico 18	LRPDs anexos aos EPSBs. ....	115
Gráfico 19	Formas de triagem e seleção para tratamento nos EPSBs envolvidos no estudo.....	116
Gráfico 20	Principal problema apontado pelos gestores/gerentes entrevistados quanto ao atendimento ortodôntico. ....	117
Gráfico 21	Distribuição dos problemas, na visão do pesquisador, apresentados nos serviços de Ortodontia estudados, quanto à rede assistencial. ....	117
Gráfico 22	Distribuição dos problemas, na visão do pesquisador, quanto ao <i>modus operandi</i> das ações desenvolvidas nos serviços de Ortodontia estudados.	118

## LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Esquematização das possibilidades de tratamento para diferentes problemas oclusais em diferentes faixas etárias.....	38
Quadro 02	Estados e municípios nos quais se localizarão serviços ortodônticos oferecidos por CEOs em fase de implantação.....	70
Quadro 03	Distribuição dos centros urbanos com influência mesorregional e sua respectiva mesorregião de abrangência. ....	75
Quadro 04	Disposição dos municípios que detêm influência microrregional. ....	76
Quadro 05	Municípios sem influência microrregional, sua microrregião de inserção, e a cidade pólo da mesma.....	77
Quadro 06	Componente de Saúde Bucal (DHC) do Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico (OITN) .....	165
Quadro 07	Setor 3 do Índice Odontológico de Desempenhos Diários (IODD).....	169
Quadro 08	Diferentes tipos de más oclusões e os seus principais elementos diagnósticos .....	175
Quadro 09	Más oclusões dentárias e terapias ortodônticas, segundo a fase ideal para intervenção .....	181
Quadro 10	Más oclusões de origem dento-esquelética e terapias ortodônticas associadas, segundo a fase ideal para intervenção. ....	185

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Distribuição, por Unidade Federativa (UF), de EPSBs que oferecem tratamento ortodôntico na Região Norte .....	61
Tabela 02	Distribuição, por Unidade Federativa (UF) de EPSBs que oferecem tratamento ortodôntico na Região Sul .....	62
Tabela 3	Distribuição, por Unidade Federativa (UF) de EPSBs que oferecem tratamento ortodôntico na Região Centro-Oeste .....	64
Tabela 4	Distribuição, por Unidade Federativa (UF) de EPSBs que oferecem tratamento ortodôntico na Região Sudeste .....	66
Tabela 5	Distribuição, por Unidade Federativa (UF) de EPSBs que oferecem tratamento ortodôntico na Região Nordeste .....	69
Tabela 6	Distribuição populacional, percentual de crianças e adolescentes com idade entre 5 e 14 anos ( em relação à população total) e número total de pacientes ortodônticos do SUS das metrópoles regionais. ....	79
Tabela 7	Distribuição populacional, percentual de crianças e adolescentes com idade entre 5 e 14 anos (em relação à população total) e número total de pacientes ortodônticos do SUS das cidades com população acima de 500 mil habitantes.....	80
Tabela 8	Distribuição populacional, percentual de crianças e adolescentes com idade entre 5 e 14 anos (em relação à população total) e número total de pacientes ortodônticos do SUS das cidades com população entre 100 e 500 mil habitantes.....	81
Tabela 9	Distribuição populacional, percentual de crianças e adolescentes com idade entre 5 e 14 anos (em relação à população total) e número total de pacientes ortodônticos do SUS das cidades com população entre 50 e 100 mil habitantes.....	82
Tabela 10	Distribuição populacional, percentual de crianças e adolescentes com idade entre 5 e 14 anos (em relação à população total) e número total de pacientes ortodônticos do SUS das cidades com população entre 20 e 50 mil habitantes.....	83
Tabela 11	Distribuição populacional, percentual de crianças e adolescentes com idade entre 5 e 14 anos (em relação à população total) e número total de pacientes ortodônticos do SUS das cidades com população até 20 mil habitantes.....	83
Tabela 12	Distribuição dos valores do PIB, PIB <i>per capita</i> e IDH das metrópoles regionais em cuja rede de saúde há atendimento ortodôntico. ....	84

Tabela 13	Distribuição dos valores do PIB e PIB <i>per capita</i> e IDH das cidades com população acima de 500 mil habitantes em cuja rede de saúde há atendimento ortodôntico.....	85
Tabela 14	Distribuição dos valores do PIB e PIB <i>per capita</i> e IDH das cidades com população entre 100 e 500 mil habitantes em cuja rede de saúde há atendimento ortodôntico. ....	86
Tabela 15	Distribuição dos valores do PIB e PIB <i>per capita</i> e IDH das cidades com população entre 50 e 100 mil habitantes em cuja rede de saúde há atendimento ortodôntico. ....	87
Tabela 16	Distribuição dos valores do PIB e PIB <i>per capita</i> e IDH das cidades com população entre 20 e 50 mil habitantes em cuja rede de saúde há atendimento ortodôntico.....	88
Tabela 17	Distribuição dos valores do PIB e PIB <i>per capita</i> e IDH das cidades com população abaixo de 20 mil habitantes em cuja rede de saúde há atendimento ortodôntico.....	88
Tabela 18	Disposição do número de ESB Tipo 1 e Tipo 2; população coberta por essas equipes; média <i>per capita</i> de procedimentos odontológicos executados pela Atenção Básica e índice CPO-D (aos 12 anos) dos municípios considerados metrópoles regionais. ....	91
Tabela 19	Disposição do número de ESB Tipo 1 e Tipo 2; população coberta por essas equipes; média <i>per capita</i> de procedimentos odontológicos executados pela Atenção Básica e índice CPO-D (aos 12 anos) dos municípios com população acima de 500 mil habitantes. ....	92
Tabela 20	Disposição do número de ESB Tipo 1 e Tipo 2; população coberta por essas equipes; média <i>per capita</i> de procedimentos odontológicos executados pela Atenção Básica e índice CPO-D (aos 12 anos) dos municípios com população entre 100 e 500 mil habitantes.....	93
Tabela 21	Disposição do número de ESB Tipo 1 e Tipo 2; população coberta por essas equipes; média <i>per capita</i> de procedimentos odontológicos executados pela Atenção Básica e índice CPO-D (aos 12 anos) dos municípios com população entre 50 e 100 mil habitantes.....	94
Tabela 22	Disposição do número de ESB Tipo 1 e Tipo 2; população coberta por essas equipes; média <i>per capita</i> de procedimentos odontológicos executados pela Atenção Básica e índice CPO-D (aos 12 anos) dos municípios com população entre 20 e 50 mil habitantes.....	95
Tabela 23	Disposição do número de ESB Tipo 1 e Tipo 2; população coberta por essas equipes; média <i>per capita</i> de procedimentos odontológicos executados pela Atenção Básica e índice CPO-D (aos 12 anos) dos municípios com população até 20 mil habitantes.....	96



Tabela 24	Distribuição dos diferentes municípios do estudo segundo a população e a cobertura das ESBs. ....	97
Tabela 25	Atenção Odontológica Especializada dos municípios do estudo. Dados referentes ao n. de CEOs e ao percentual de procedimentos especializados em relação ao total de procedimentos odontológicos realizados pelo SUS das grandes metrópoles regionais.....	98
Tabela 26	Atenção Odontológica Especializada dos municípios do estudo. Dados referentes ao n. de CEOs e ao percentual de procedimentos especializados em relação ao total de procedimentos odontológicos realizados pelo SUS nos municípios com população acima de 500 mil habitantes.....	99
Tabela 27	Atenção Odontológica Especializada dos municípios do estudo. Dados referentes ao n. de CEOs e ao percentual de procedimentos especializados em relação ao total de procedimentos odontológicos realizados pelo SUS nos municípios com população entre 100 e 500 mil habitantes.....	100
Tabela 28	Atenção Odontológica Especializada dos municípios do estudo. Dados referentes ao n. de CEOs e ao percentual de procedimentos especializados em relação ao total de procedimentos odontológicos realizados pelo SUS nos municípios com população entre 50 e 100 mil habitantes.....	101
Tabela 29	Atenção Odontológica Especializada dos municípios do estudo. Dados referentes ao n. de CEOs e ao percentual de procedimentos especializados em relação ao total de procedimentos odontológicos realizados pelo SUS nos municípios com população entre 20 e 50 mil habitantes.....	102
Tabela 30	Atenção Odontológica Especializada dos municípios do estudo. Dados referentes ao n. de CEOs e ao percentual de procedimentos especializados em relação ao total de procedimentos odontológicos realizados pelo SUS nos municípios com população até 20 mil habitantes.....	102
Tabela 31	Metrópoles Regionais- Percentual do PAB do município destinado à Saúde Bucal; percentual dos gastos com procedimentos especializados em odontologia em relação ao repasse para financiamento de ações de média e alta complexidade e percentual de recursos próprios do município empregados em saúde. Dados referentes ao ano de 2006. ....	103
Tabela 32	Cidades com população acima de 500 mil habitantes- Percentual do PAB do município destinado à Saúde Bucal; percentual dos gastos com procedimentos especializados em odontologia em relação ao repasse para financiamento de ações de média e alta complexidade e percentual de recursos próprios do município empregados em saúde. Dados referentes ao ano de 2006.....	104
Tabela 33	Cidades com população entre 100 e 500 mil habitantes- Percentual do PAB do município destinado à Saúde Bucal; percentual dos gastos com	

	procedimentos especializados em odontologia em relação ao repasse para financiamento de ações de média e alta complexidade e percentual de recursos próprios do município empregados em saúde. Dados referentes ao ano de 2006.....	105
Tabela 34	Cidades com população entre 50 e 100 mil habitantes- Percentual do PAB do município destinado à Saúde Bucal; percentual dos gastos com procedimentos especializados em odontologia em relação ao repasse para financiamento de ações de média e alta complexidade e percentual de recursos próprios do município empregados em saúde. Dados referentes ao ano de 2006.....	106
Tabela 35	Cidades com população entre 20 e 50 mil habitantes - Percentual do PAB do município destinado à Saúde Bucal; percentual dos gastos com procedimentos especializados em odontologia em relação ao repasse para financiamento de ações de média e alta complexidade e percentual de recursos próprios do município empregados em saúde. Dados referentes ao ano de 2006.....	107
Tabela 36	Cidades com população até 20 mil habitantes- Percentual do PAB do município destinado à Saúde Bucal; percentual dos gastos com procedimentos especializados em odontologia em relação ao repasse para financiamento de ações de média e alta complexidade e percentual de recursos próprios do município empregados em saúde. Dados referentes ao ano de 2006.....	107
Tabela 37	Levantamentos epidemiológicos realizados no Brasil e o correspondente índice CPO-D encontrado. ....	148
Tabela 38	Relação dos preços de mercado de documentação ortodôntica completa, praticados por três diferentes clínicas. ....	173
Tabela 39	Relação dos preços de mercado de Ortopantomógrafo, de três marcas diferentes. ....	174

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABOR	– Associação Brasileira de Ortodontia e Ortopedia
ACD	– Auxiliar de Consultório Dentário
AI	– <i>Aesthetic Index</i> - Índice Estético
APCD	– Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas
CEO	– Centro de Especialidades Odontológicas
CEO-Centro	– Centro Especializado de Odontologia - Centro
CERFIS	– Centro Estadual de Referência para Fissurados
CESBs	– Coordenações Estaduais de Saúde Bucal
CFO	– Conselho Federal de Odontologia
CIOSP	– Congresso Internacional de Ortodontia de São Paulo
CMSB	– Coordenação Municipal de Saúde Bucal
CNES	– Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNSB	– Conferência Nacional de Saúde Bucal
CPO-D	– Índice de Dentes Cariados Perdidos e Obturados
CRO	– Conselho Regional de Odontologia
DAB	– Departamento de Atenção Básica
DATASUS	– Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DHC	– <i>Dental Health Component</i> - Componente de Saúde Bucal.
DNSB	– Divisão Nacional de Saúde Bucal
ESB	– Equipe de Saúde Bucal
ESF	– Estratégias de Saúde da Família
ESPB	– Estabelecimento Público de Saúde Bucal
FAMURS	– Federação dos Municípios do Rio Grande do Sul
FORP	– Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto

HLD	– <i>Handicapping Labiolingual Deviation</i> – Desvios Labiolinguais Incapacitantes
IDH	– Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	– Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IODD	– Impactos Odontológicos no Desempenho Diário
LRPD	– Laboratório Regional de Prótese Dentária
MPAS	– Ministério de Previdência e Assistência Social
NOAS	– Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	– Norma Operacional Básica
OITN	– <i>Orthodontic Index of Treatment Need</i> - Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico.
OMS	– Organização Mundial de Saúde
PAB	– Piso de Atenção Básica
PDR	– Plano Diretor de Regionalização
PDS	– <i>Public Dental Service</i> - Serviço Odontológico Público
PIB	– Produto Interno Bruto
PNAD	– Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSB	– Política Nacional de Saúde Bucal
PNUD	– Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	– Programa de Saúde da Família
SASOC	– <i>Social Acceptability Scale of Occlusal Conditions</i> - Escala de Aceitabilidade Social das Condições Oclusais
SB	– Saúde Bucal
SES	– Secretaria Estadual de Saúde
SIAB	– Sistema de Informação da Atenção Básica
SIA-SUS	– Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIOPS	– Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde.

SMS	– Secretaria Municipal de Saúde
SUS	– Serviço Único de Saúde
THD	– Técnico em Higiene Dental
UBS	– Unidade Básica de Saúde
UF	– Unidade Federativa
UFJF	– Universidade Federal de Juiz de Fora
UFMG	– Universidade Federal de Minas Gerais
UFPeI	– Universidade Federal de Pelotas
UFRJ	– Universidade Federal do Rio de Janeiro
WHO	– <i>World Health Organization</i> - Organização Mundial de Saúde

## SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO DO TRABALHO .....</b>	<b>22</b>
1	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>25</b>
2	<b>ORTODONTIA: UMA APROXIMAÇÃO HISTÓRICO-CONCEITUAL .....</b>	<b>28</b>
2.1	<b>Uma síntese histórica: do passado elitizado às perspectivas de socialização no futuro .....</b>	<b>28</b>
2.2	<b>O tratamento das más oclusões: a ortodontia e suas bases conceituais para a operatória.....</b>	<b>34</b>
2.2.1	<u>O diagnóstico ortodôntico .....</u>	<b>34</b>
2.2.2	<u>O tratamento e a aparatologia ortodôntica.....</u>	<b>35</b>
3	<b>A ORTODONTIA NAS POLÍTICAS DE SAÚDE .....</b>	<b>40</b>
3.1	<b>A experiência internacional .....</b>	<b>40</b>
3.2	<b>A experiência brasileira no contexto da política nacional de saúde bucal e da criação dos centros de especialidades odontológicas .....</b>	<b>47</b>
4	<b>A ATENÇÃO ORTODÔNTICA PÚBLICA NO BRASIL CONTEMPORÂNEO: UM EXAME DOS MODELOS ASSISTENCIAIS .....</b>	<b>51</b>
4.1	<b>Método .....</b>	<b>51</b>
4.1.1	<u>Identificação dos Centros Públicos de Saúde Bucal que oferecem Ortodontia .....</u>	<b>52</b>
4.1.2	<u>Levantamento dos dados .....</u>	<b>53</b>
4.1.3	<u>Classificação dos dados .....</u>	<b>57</b>
4.1.4	<u>Análise dos dados .....</u>	<b>57</b>
4.1.5	<u>Observação participativa .....</u>	<b>57</b>
4.1.6	<u>Descrição das ações ortodônticas observadas nos modelos de atenção .....</u>	<b>58</b>
4.2	<b>Resultados .....</b>	<b>58</b>
4.2.1	<u>Os municípios e os estabelecimentos públicos de Saúde Bucal que oferecem assistência Ortodôntica .....</u>	<b>58</b>

4.2.2	<u>Perfil dos municípios que oferecem tratamento ortodôntico em sua rede assistencial</u> .....	72
4.2.3	<u>A assistência ortodôntica nos CEOs e demais centros de Saúde Bucal</u> .....	108
4.2.4	<u>Exemplos em atenção ortodôntica pública</u> .....	118
4.2.4.1	Modelos de excelência em Ortodontia pública: relatos da observação participativa em Caçador-SC e Fortaleza –CE .....	119
4.2.4.2	A tipologia modal no atendimento ortodôntico público brasileiro .....	137
4.2.4.3	Outras modalidades não ortodoxas de atenção ortodôntica pública .....	139
5	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS DA PESQUISA</b> .....	142
5.1	Os municípios que oferecem tratamento ortodôntico em sua rede pública .....	144
5.2	<b>As ações de ortodontia</b> .....	153
6	<b>A ORTODONTIA NO SUS: UMA AGENDA PARA O FUTURO</b> .....	161
6.1	<b>Recursos humanos</b> .....	161
6.2	<b>Triagem para o tratamento e equidade no atendimento</b> .....	163
6.3	<b>Referência e contra-referência em Ortodontia</b> .....	170
6.4	<b>A documentação Ortodôntica</b> .....	173
6.5	<b>Confecção da aparatologia ortodôntica</b> .....	175
6.6	Padronização do diagnóstico e atendimento clínico .....	176
6.7	<b>Gestão financeira do tratamento ortodôntico</b> .....	186
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	188
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	190
	<b>ANEXO A</b> – E-mails sobre Ortodontia CEO .....	199
	<b>ANEXO B</b> – E-mails sobre Ortodontia no SUS II .....	200
	<b>ANEXO C</b> – Tópicos balizadores da coleta de dados referentes às ações de Ortodontia nos CEOs e demais EPSB .....	201

## APRESENTAÇÃO DO TRABALHO

A presente Tese surgiu em um cenário favorecido pelas grandes e positivas transformações políticas por que passa a odontologia pública brasileira. Em 2004, foi implantada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) que abriu novas perspectivas na atenção odontológica abrangendo atendimentos nos níveis secundário e terciário. Através dessa política, foram criados os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), estabelecimentos que, distribuídos ao longo do país, vêm incorporando o atendimento ortodôntico à sua oferta de serviços, incrementando ainda mais esse tipo de atenção especializada, que já era oferecida por alguns poucos municípios, mesmo da PNSB. Um exame acerca desses últimos acontecimentos se fez então necessário, concedendo-nos o objeto desta Tese.

Enfocando a Ortodontia, no capítulo 2, procedemos uma descrição do *status quo* desta especialidade no Brasil e nos remetemos a uma síntese de sua história, seu passado eminentemente privado e o processo de socialização por que passa na atualidade, em uma aproximação com a Saúde Coletiva. Foram expostas, também no mesmo capítulo, as bases conceituais e o *modus operandi* desta área odontológica, seus conceitos, a diversidade de aparatologias e condutas terapêuticas.

Dando seqüência à perspectiva histórica, no capítulo 3 abordou-se o que vem acontecendo nas práticas públicas envolvendo a Ortodontia em todo o globo, servindo de exemplo para a incipiente aproximação Ortodontia e Sistema Único de Saúde (SUS), fomentada pela PNSB, que se destaca no Brasil contemporâneo. Esta última situação é descrita no segundo tópico do referido capítulo. O embasamento literário sobre essa questão se postou tanto quanto uma árdua tarefa, dado ao fato de que as investigações e as produções científicas em saúde bucal coletiva no Brasil são ainda insuficientes (KORNIS et al., 2006). No campo da Ortodontia em Saúde Coletiva essa insuficiência se agrava conforme já foi discutido por MACIEL (2003), implicando em situar equivocadamente a inclusão do tratamento ortodôntico no sistema público de saúde como uma utopia, abrindo assim uma lacuna científica.

Mesmo em termos globais, a adesão às produções nesse sentido foi bastante tardia. Segundo SHAW et al. (2007), foi somente nos anos 70 que os estudos e pesquisas ortodôntico-sanitaristas começaram a florescer, enfocados nos impactos psicossociais das más oclusões e em seu tratamento pelo sistema público de saúde. No entanto, ainda hoje a maior



parte da produção científica na área de Ortodontia se limita a discutir a mecânica de tratamento ou o diagnóstico ortodôntico. Em termos nacionais, mais rarefeita é a presença do tema nos debates científicos e acadêmicos, justificando assim a dificuldade de um suporte literário no desenvolvimento de um trabalho sobre Ortodontia inserida no contexto da Saúde Coletiva. São poucos os autores brasileiros encontrados e citados neste texto que o fazem: FRAZÃO et al 2007 ; BELLO, 2004; MACIEL et al., 2006; NARVAI et al, 2006; HEBLING et al., 2007 e SULIANO et al., 2007.

Outra grande dificuldade, que acabou por caracterizar a originalidade deste trabalho, passou pelo fato de a totalidade desses centros ortodônticos, sua localização e logicamente as informações acerca do desenrolar das ações ortodônticas intramuros serem ainda desconhecidas do grande público; de profissionais, até mesmo das Coordenações Estaduais de Saúde Bucal (CESBs) e do próprio Ministério da Saúde (MS).<sup>1</sup> Essa lacuna político-sanitária fez surgir a necessidade de uma investigação científica nesta direção. Então, dado ao pouco conhecimento deste avanço e ainda pelo fato do mesmo se apresentar como uma experiência recente, a tarefa adquiriu conotações inéditas.

A introdução das especialidades odontológicas no SUS através dos CEOs abriu um campo de possibilidades para a inclusão do tratamento das más oclusões na atenção odontológica pública. E, com isso, tornou-se necessário detectar os municípios que o oferecem e ainda remeter a um estudo abrangente sobre essas ações, para que se possa torná-las ainda mais exequíveis e efetivas tanto no âmbito político quanto no operacional e no técnico. Calcada nesses baluartes históricos e conceituais, a pesquisa, adotando uma metodologia simples e despretensiosa, envolveu investigações sobre as duas lacunas já citadas nesta apresentação, denotando ao trabalho algo de hercúleo já que nos deparamos com um campo temático de alcance nacional e dificuldades proporcionais à abrangência geográfica do estudo.

No capítulo 4 é descrito com detalhes este levantamento realizado que detectou a localização desses serviços e fez um acompanhamento da dinâmica de tais ações nos CEOs, e nos outros Estabelecimentos Públicos de Saúde Bucal (EPSBs)<sup>2</sup>. Assim, tornou-se possível discutir os problemas encontrados e compartilhar das experiências exitosas, facultando o

---

<sup>1</sup> A Divisão de Saúde Bucal (DSB) do MS, quando consultada sobre o assunto, desconhecia os dados sobre “Ortodontia no SUS”, não dispondo dos mesmos nos seus arquivos (Anexo 1).

<sup>2</sup> Neste trabalho chamaremos as unidades públicas de saúde que oferecem tratamento ortodôntico pela sigla EPSB, para uma melhor compreensão textual e maior facilidade na grafia.

lançamento de idéias e diretrizes aos atores envolvidos nesse processo de inclusão embasado pelos dados obtidos na investigação.

Nortearam esta pesquisa dois prismas de análise. O primeiro nos remetendo ao questionamento: quais os municípios que oferecem esse tipo de tratamento em sua rede assistencial? Qual o perfil sociopolítico-sanitário dessas cidades? Como esta nova realidade vem se afirmando no SUS? Quem realiza esse tratamento? Como se dá o acesso a esses serviços? O segundo prisma trata de um novo questionamento: como definir um modelo de serviços apto a corrigir os problemas encontrados e a contribuir para a ideal execução das práticas ortodônticas no SUS?

Esta Tese então, sob a luz da etimologia, abrangeu duas raízes da palavra “trabalho”; o sentido *labor* e o sentido *opus*. Obedecendo ao primeiro foram detectados os municípios que oferecem, em sua rede assistencial, o tratamento ortodôntico; em seguida, foram identificadas as instituições públicas nas quais têm lugar tais ações. Finalmente foi dissecado o *modus operandi* dessa atenção ortodôntica, com um enfoque mais dinâmico e minucioso nos centros de saúde considerados paradigmas de excelência. Já de posse dos dados reveladores sobre as práticas ortodônticas públicas brasileiras, coube-nos dissecá-los e adensar discussões acerca dos mesmos no capítulo 5, em que se tratou de uma análise crítica dos resultados obtidos com a pesquisa.

A construção da face *opus* da Tese, que constituiu o capítulo 6, foi amparada por uma visão tanto ortodôntica quanto sanitária, e se apresentou como um protocolo de serviço baseado em nossa posição frente aos problemas enfrentados pelos atores na assistência ortodôntica pública. Neste exercício prospectivo, foi sugerida uma agenda para o futuro em que constam algumas soluções para os “nós críticos” e sugestões sobre o que seria fundamental para uma perfeita convivência Ortodontia-SUS.

Nesta direção, esta Tese pretende contribuir, ainda que de forma modesta, com o processo de universalização pelo qual passa a Ortodontia e, assim, abrir caminhos para que esta especialidade cumpra efetivamente a sua missão de melhorar a qualidade de vida das pessoas através do restabelecimento de suas funções orais e da correção de seus problemas estéticos. A Tese pretende também, em última análise, oferecer elementos que facultarão ao cidadão o real exercício de seu direito constitucional de atenção integral à saúde, representando um importante passo em direção à utopia do fim das desigualdades sociais.

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a II Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) realizada em 1993 definiu a saúde bucal como parte integrante do quadro geral da saúde do indivíduo. Portanto, a saúde bucal se apresenta desde então como relacionada às condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, serviços de saúde e informação (Conselho Federal de Odontologia -CFO, 1993).

A CONSTITUIÇÃO FEDERAL do país, promulgada em 1988, dispôs 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 acima, dado sua generalidade, facultou que fosse considerada a saúde bucal enquanto parte indissociável do quadro geral da saúde da população brasileira. Nesse contexto, desejava-se promover a transição do sistema sanitário de um modelo assistencial, centrado na doença, para um modelo centrado na atenção à saúde. Nas duas últimas décadas, apesar dos grandes avanços ocorridos no âmbito da saúde pública no Brasil, a odontologia permaneceu, por longo tempo, à margem das políticas sanitárias, e os princípios constitucionais de universalização, integralidade e equidade não foram de imediato colocados em prática no campo da assistência odontológica pública. Esse fato redundou na permanência por longo tempo de uma assistência odontológica curativista, clientelista e exclusivista, limitando sua atuação a procedimentos como exodontias e restaurações.

Esse quadro começou a sofrer mudanças mais acentuadas com a PNSB, divulgada no documento intitulado Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. A PNSB, mais conhecida como “Brasil Sorridente”, provocou uma inflexão na orientação da saúde bucal no Brasil<sup>3</sup>. Esta política, lançada em 2004, propôs a reorganização da saúde bucal brasileira em todos os níveis de atenção. O documento visou a efetivação de novas ações para a garantia da ampliação do acesso e da qualificação da atenção dentro dos serviços odontológicos oferecidos pelo SUS (BRASIL, 2004a).

---

<sup>3</sup> A PNSB pode ser considerada uma inflexão, uma vez que representa, na prática, a quebra do modelo hegemônico de assistência pública à saúde bucal, que foi vigente por várias décadas no Brasil. Comparada as outras políticas antes implementadas (BRASIL, 2006c, p.10) no país, se apresenta de forma renovadora.

Um dos vetores mais importantes da PNSB foi a incorporação do atendimento às especialidades na oferta do SUS com a implantação dos CEOs e dos Laboratórios regionais de Prótese Dentária (LRPDs), que foram regulamentados pela Portaria nº. 599/GM de 23 de março de 2006 (BRASIL, 2006 a). Com a instalação dos CEOs, ampliou-se a inserção da Ortodontia nas ações do sistema público de assistência odontológica.

O tratamento ortodôntico público que já vinha sendo oferecido em algumas poucas localidades antes mesmo da criação dos CEOs em 2004 ganhou força com a criação desses centros que cada vez mais estão incluindo em sua gama de procedimentos intervenções corretivas e preventivas das deformidades bucofaciais. Contudo, até o presente, dados gerais sobre: localização, modo de atuação, acesso e população atendida não se encontram disponíveis. A Divisão de Saúde Bucal do Ministério da Saúde (MS), quando sondada a esse respeito, afirmou desconhecer dados sobre o atendimento ortodôntico no SUS, e ainda complementou que esse tipo de atenção, em níveis públicos, se destina exclusivamente a pacientes portadores de fissuras lábio-palatais (ANEXO 1). O mesmo assunto era também ignorado por algumas CESBs (ANEXO 2).

O assunto ganha força no meio ortodôntico culminando com a inclusão do tema: Ortodontia no SUS, na pauta de discussões do XVI Congresso Brasileiro de Ortodontia realizado em Outubro de 2008 em São Paulo. Nesta ocasião, houve a participação direta do MS em um Simpósio que discutiu os novos rumos tomados pela especialidade. No entanto, em meio às propostas e discussões acerca da questão, ratificou-se a abissal carência de dados e informações referentes às ações governamentais direcionadas ao tratamento das más oclusões dentárias.

O momento, então, é oportuno para que se investigue a localização dos CEOs e demais EPSBs que prestam serviços ortodônticos, para que se analise o modo com que tais programas vêm sendo desenvolvidos e num futuro próximo, os elementos obtidos na pesquisa sirvam de escopo no adensamento de discussões e de avaliações acerca da eficácia da PNSB.

O passo em direção à integralidade na atenção à Saúde Bucal, dado pela PNSB, foi decisivo, mas, no que tange aos serviços ortodônticos públicos, ainda requer um caminho claro, indicando como fazê-lo com mais resolutividade, eficácia e a menores custos, abrangendo a maior parte possível da população necessitada. Olhando nesta direção, a presente Tese objetivou detectar a localização dos CEOs e de outros centros públicos de Saúde Bucal, envolvidos no tratamento das más oclusões dentárias e examinar seu modo de atuação na prestação desses serviços. Assim torna-se possível, com amparo nesses elementos

coletados, discutir soluções acerca de problemas encontrados e sugerir uma agenda facilitadora deste processo.

## 2 ORTODONTIA: UMA APROXIMAÇÃO HISTÓRICO-CONCEITUAL

### 2.1 Uma síntese histórica: do passado elitizado às perspectivas de socialização no futuro

Analisando o desenvolver da Ortodontia no mundo, e em especial no Brasil, fica evidente o passado elitizado desta especialidade, incongruente com o utópico acesso universal aos serviços. No entanto, na atualidade, a trajetória desta área odontológica vem sofrendo profundas transformações positivas, que tendem a culminar na completa universalização do acesso à correção das más oclusões dentárias. A descrição do caminhar da referida especialidade nos remete à compreensão deste processo.

Desde a Antigüidade, dentes apinhados e irregulares têm se apresentado como um problema para alguns indivíduos. Mesmo com as mudanças culturais inerentes a cada época da história e também com a constante mobilidade e dinâmica do *ethos* relativo ao que é belo, ou não, a tentativa de “corrigir” essas desarmonias buco-faciais acompanha o homem há milênios (MOYERS 1991).

Aparelhos ortodônticos primitivos e surpreendentemente bem elaborados, no entender de PROFFIT (2002), foram encontrados em escavações gregas e etruscas mostrando o interesse dessas civilizações pela questão. Mas foi nos séculos XVIII e XIX que a odontologia se desenvolveu e formas rudimentares de aparelhos ortodônticos começaram a surgir. Nesta época, nomes como o do francês Pierre Fauchard (1728), o mais famoso de todos os dentistas, e John Hunter, que escreveu especificamente tratados com maior interesse para a Ortodontia, foram destaques no meio acadêmico e científico odontológico.

Os primeiros textos, descrevendo a Ortodontia propriamente dita, datam de pós 1850, sendo o mais notável deles o *Oral Deformities* do Cirurgião americano Norman Kingsey, o pioneiro na tentativa de corrigir as fendas palatinas. Na filosofia Kingsey, a correção dos dentes era o principal objetivo e o conceito de “oclusão normal” ainda estaria por ser defendido. Segundo GRABER (1996) em seu clássico tratado de Ortodontia, nesta época as anomalias dentofaciais eram corrigidas com aparatologia grosseira, em uma forma de tratamento baseada no empirismo.

No entanto, foi em 1887 que Edward H. Angle desenvolveu o conceito de oclusão dentária e em 1899, publicou seu artigo classificando e agrupando as más oclusões<sup>4</sup>. Essa

---

<sup>4</sup> Angle classificou as más oclusões segundo a posição dos primeiros molares permanentes em Classe I, II e III (ANGLE,1899), classificação essa que mais de um século depois de sua publicação, mesmo com todo

classificação instituiu também a primeira definição clara de oclusão normal na dentição natural. Então a Ortodontia passou a não ser mais somente o alinhamento de dentes mal posicionados, e sim o tratamento das más oclusões, com observação da estática, das funções orais e da estabilidade final do trabalho. A contribuição de Dr. Edward H. Angle ainda trouxe o desenvolvimento do “Sistema Angle” que resultou no prenúncio do aparelho ortodôntico fixo moderno (VILLELA, 1995).

Na virada do século XX, Angle havia a pouco estabelecido uma escola de Ortodontia, onde treinava seus melhores alunos do curso de graduação em odontologia para o exercício da especialidade, com o intento de que a “filosofia Angle” não desaparecesse. Os mais talentosos alunos eram selecionados com o intuito de perpetuar o “valioso” sistema de mecânica ortodôntica desenvolvido pelo mestre. Paralelamente à escola de Angle, outros centros de aperfeiçoamento profissional em Ortodontia surgiram nos Estados Unidos naquela época, porém sem a notoriedade e importância do primeiro (GRABER, 1996). Esta tendência de restrição na transmissão do conhecimento ortodôntico, como será discutida a seguir, foi determinante para manter, durante quase todo o século XX, a especialidade em uma redoma quase inatingível, resultando, em última análise, na transformação da Ortodontia em uma especialidade quase exclusiva das classes sociais mais altas e, conseqüentemente, determinando o alijamento da maior parte da população do acesso a esses serviços.

A Ortodontia desenvolveu-se muito nos Estados Unidos graças a Angle, que foi um gênio da mecânica ortodôntica, tendo criado uma vasta gama de aparelhos dinâmicos que reposicionavam os dentes em uma oclusão correta. Diferentemente, na Europa, os primeiros líderes deste novo campo da ciência enfatizavam prioritariamente o estudo do esqueleto crânio-facial e suas relações com as más oclusões. Talvez essa seja uma das razões para a dicotomia entre Ortodontia e Ortopedia Facial, pertinente ainda nos dias de hoje (MOYERS, 1991). Nos Estados Unidos a especialidade se chama Ortodontia; nos países europeus Ortopedia Dental ou Dentofacial, no Brasil existem duas especialidades odontológicas que abordam as correções de problemas de posicionamento dentário, a Ortodontia e a Ortopedia Funcional dos Maxilares. No entanto, o objetivo de ambas se equivale: melhorar as relações oclusais dos dentes e dos maxilares, em última análise. O vocábulo “Ortodontia”, dada à sua

---

desenvolvimento tecnológico e científico da odontologia no século XX, ainda permanece utilizada e respeitada. Segundo PINTO et al. (2008), a classificação de Angle, apesar de sua grande valia, é qualitativa e não quantitativa, o que a torna limitada. *Ad argumentandum*, em um conceito mais moderno de más oclusões é necessário que se observe não só fatores estáticos como a posição dos dentes, mas são relevantes também os fatores funcionais, sociais e psicológicos alterados por esse agravo. A classificação de Angle não é completa neste sentido, mas ela concedeu-nos, outrossim, a possibilidade de conferir um caráter universal à comunicação científica ortodôntica.

primazia na utilização, é o termo que popular e cientificamente- em jargões técnicos- define este setor da odontologia. Assim sendo, nesta Tese sempre que possível, utilizaremos o termo “Ortodontia” se referindo à correção das alterações dentofaciais. E quando se fizer necessário, faremos a separação etimológica entre Ortodontia e Ortopedia.

A especialidade, originalmente chamada de Ortodontia, passou a se chamar no Brasil, nos idos da década de 80, “Ortodontia e Ortopedia Facial”, denominação que manteve até 2001 quando foi separada em duas novas especialidades: Ortodontia (que se encarregaria de estudar e tratar as anomalias de posição dos dentes) e Ortopedia Funcional dos Maxilares (destinada a estudar e tratar das anomalias de crescimento e desenvolvimento dos ossos maxilares). Os profissionais que ingressaram em um curso de especialização antes desta separação são titulados como ortodontistas e ortopedistas faciais<sup>5</sup>. No entanto o nome consagrado da especialidade odontológica que trata e corrige as desarmonias dentofaciais é “Ortodontia”.

Um dos mais brilhantes alunos do Dr. Angle, Charles Tweed, se formou em 1928 e trabalhou com o antigo mestre para aprimorar o aparelho em desenvolvimento, tornando-se seu herdeiro intelectual e científico. A maior contribuição de Tweed, entretanto, foi no âmbito político, pois militou junto a pacientes, dentistas e parlamentares, promovendo reuniões e obtendo assinaturas em petições à Assembléia Legislativa do estado do Arizona- EUA, defendendo a separação da Ortodontia da odontologia. Em 1929, enfim, a referida Assembléia aprovou a primeira lei limitando a prática ortodôntica a especialistas. Estava institucionalizada a primeira especialidade odontológica (GRABER, 1996).

Tweed continuou à frente da Escola de Ortodontia de Angle e a prática em “selecionar” os melhores alunos se manteve em alta. Por esta escola, passaram também grandes nomes como Lavern Merrifield, Robert Strang, que cuidaram de zelar pela manutenção da filosofia do Dr. Angle restringindo-a a um seleto grupo de profissionais (PROFFIT, 2002). Desde sua criação, a Ortodontia foi elitizada, nem todos os cirurgiões-dentistas tinham alcance aos seus princípios, e somente os escolhidos pelo preceptor poderiam desenvolver seu interesse por esta área. No que toca ao acesso da população, até há alguns

---

<sup>5</sup> Não é raro na literatura científica ortodôntica a discussão em torno dessas duas especialidades (MOYERS, 1991; GRABER, 1996 e PROFFIT, 2002) se tornando um senso quase comum que elas se complementam, tendo seus efeitos terapêuticos aumentados de forma sinérgica quando utilizadas em conjunto, dependendo da indicação; e tendo os mesmos efeitos reduzidos, ou ineficazes, quando aplicadas separadamente na presença de discrepâncias dentárias associadas às esqueléticas.



anos, a elitização ainda era notória. Ter um aparelho nos dentes era símbolo de *status* social, modernidade e representava um bom poder econômico.

Segundo VILLELA (1995), a nova filosofia no tratamento das más oclusões foi ganhando o mundo, e na década de 20, chegou ao Brasil. Antes desse período, a disciplina não existia nos *curricula* das faculdades de odontologia brasileiras, e o empirismo, que dominava os Estados Unidos décadas antes, ainda imperava na Ortodontia brasileira. Até 1880 não havia um único tratado de Odontologia em língua portuguesa, e os conhecimentos ortodônticos, mesmo no início do século XX, eram originários da França e Estados Unidos. O primeiro livro brasileiro tratando da nova especialidade só foi publicado em 1910, sendo da autoria do Prof. Augusto Coelho e Souza e o termo utilizado para designar a disciplina era “Orthodonsia”, sendo substituído pelo vocábulo hoje em voga, pela primeira vez, em 1917. Assim, os primeiros passos da especialidade em nosso país foram marcados pela busca do conhecimento profissional, disponível apenas no exterior. Mais um fator que determinou altos custos operacionais e, conseqüentemente, a limitação da oferta dos serviços às classes mais abastadas e com acesso às grandes capitais.

O primeiro “ortodontista” brasileiro foi Carlos Almeida Lustosa que, em 1920, tentou, em vão, se matricular na escola de Angle, que negara sua inscrição alegando falta de conhecimentos básicos. Porém, “Dr. Lustosa” como era chamado, se inscreveu novamente no ano seguinte, quando foi admitido, e dois anos mais tarde retorna ao Brasil com a experiência adquirida junto ao Dr. Angle. Lustosa se estabeleceu no Rio de Janeiro, onde clinicou até seu falecimento em 1937, quando foi substituído por seu assistente Dr. Kant Rothier, que também estudara Ortodontia nos Estados Unidos.

Em 1925, o artigo 121 do Decreto n. 16.782, do Governo de Arthur Bernardes (BRASIL, 1925), que versava sobre as cadeiras que compunham o curso de odontologia, determinou a inclusão da disciplina “Ortodontia” nas faculdades brasileiras. As poucas faculdades de odontologia do Brasil passaram a oferecer, então, as cátedras que foram prontamente ocupadas por grandes nomes da Ortodontia como os Drs. José Édimo Martins (Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG) e Henrique Carlos Carpenter (Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ), que buscaram o conhecimento técnico também nos Estados Unidos e o reverberaram com pioneirismo nas faculdades brasileiras.

A institucionalização do primeiro curso de Pós-Graduação em Ortodontia do Brasil ocorreu tardiamente em 1959, na atual Faculdade de Odontologia da UFRJ. No entanto, temendo a vulgarização da especialidade, a filosofia monopolizadora de Angle prevalecia e o

saber era transmitido apenas pela supracitada escola de Ortodontia brasileira (VILLELA, 1995). Paradoxalmente à nobre iniciativa de se criar um curso desta envergadura, interesses equivocados impediram a disseminação do conhecimento ortodôntico e, desta forma, a oferta de profissionais no mercado ficou comprometida e cartelizada. Formas paralelas de aprendizado passaram a coexistir com a acadêmica, com o aparecimento de outros dois cursos de Ortodontia na cidade do Rio de Janeiro e principalmente, pela comunicação pessoal, com a transmissão do conteúdo teórico e experiências clínicas ocorrendo em consultórios particulares, do dentista “mestre” para o “discípulo”.

Situação semelhante à descrita sobre o Rio de Janeiro aconteceu em São Paulo que, a partir da década de 50, passou a receber de volta os profissionais que foram se atualizar no exterior. Porém, o processo de consolidação da Ortodontia paulista aconteceu de modo mais cosmopolita, buscando mais a disseminação dos princípios ortodônticos. Nas décadas de 50 e 60 foram implantados vários cursos de especialização na cidade, em faculdades de odontologia, tais como a Universidade de São Paulo (USP) ou em entidades de classe, como a Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas (APCD). Esta última foi também a organizadora do primeiro Congresso da área no país: a Semana Paulista de Ortodontia em 1957 (RAMOS, 1988).

Nas décadas de 60, 70 e 80, a limitação numérica de cursos de especialização fez com que os profissionais brasileiros interessados na atualização ortodôntica partissem em direção aos grandes centros, principalmente as três maiores metrópoles do Brasil de então (São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte), onde se concentrava o saber na área. E como será visto em seguida, a situação foi a mesma até o final da década de 90, ocasião em que, segundo o CFO, houve um grande aumento no número de cursos de Ortodontia (CFO, 2008a).

Na atualidade, o ensino de Ortodontia nos cursos de graduação no Brasil aborda um enfoque à prevenção e à interceptação das más oclusões, porém se fazem presentes algumas barreiras para que o aprendizado atinja o ideal, uma vez que o graduado ainda deixa a Faculdade com dificuldades no diagnóstico e referenciamento ortodôntico (DIAS et al., 2008). A maior parte dos cursos limita o aluno a conceitos básicos teóricos e a pequenas práticas laboratoriais e clínicas, como confecções de placas e mantenedores de espaço. Outro problema pertinente é a complexidade da referida especialidade, 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, devido à proximidade da formatura. O cirurgião-dentista, então, sai da graduação sem uma base sólida em Ortodontia (MOYERS, 1991), dificultando-lhe o diagnóstico ortodôntico e a execução do tratamento.

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 na área em todo o país, o despertar para a questão social e política da Odontologia, que deveria ser abordado em todos os cursos, fica esquecido (MACIEL et al., 2006a). Os profissionais são sempre direcionados 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.

Há, no Brasil, hoje inscritos nos Conselhos Regionais de Odontologia (CRO) cerca de 1.614 ortopedistas funcionais dos maxilares, 1.926 ortodontistas e 7.538 ortodontistas e ortopedistas faciais (CFO, 2008a), servindo a uma população de aproximadamente 180 milhões de habitantes. O número de cursos de especialização em Ortodontia e Ortopedia vem aumentando em largas proporções, segundo a entidade de classe citada acima. Os cursos de especialização, encarregados de formar esses recursos humanos, são em número de 16 (Ortopedia Funcional dos Maxilares) e 309 (Ortodontia), sem computar aqueles que não são reconhecidos pela entidade de classe máxima da odontologia (CFO, 2008b)

O número de escolas ortodônticas é mais que expressivo, podendo ser considerado excessivo, se compararmos com países como os Estados Unidos onde a população chega a 300 milhões de habitantes e o número de ortodontistas (lá a especialidade é única e tem esta denominação) não passa de 9.300 (CFO 2008b). O problema se agrava, pois cada vez mais e mais especializações são abertas no Brasil com cargas horárias cada vez menores, comprometendo a formação do profissional. Isso denota um sinal perigoso ao mercado do ensino em odontologia, pois enquanto esses cursos apresentam a carga horária para a formação de um ortodontista na Europa de 4.800 horas, nos Estados Unidos varia de 3.500 a 4.800, no Brasil a mesma pode chegar a 360 horas em alguns casos (mínimo exigido pelo MEC/CNE, de acordo com a Resolução n.1 de 8 de junho de 2007) (BRASIL, 2007).

Felizmente, na atualidade, a distância existente entre o serviço público e a Ortodontia vem progressivamente diminuindo, com iniciativas governamentais sejam de âmbito nacional ou local. A inclusão da Ortodontia no SUS já se encontra em plena ascensão,

com inúmeros municípios somando aos seus programas de saúde, o tratamento ortodôntico, e o assunto ganha força em debates não somente no meio sanitarista, mas também entre ortodontistas. Em entrevista ao jornal do CFO (CFO, 2008b), Ronaldo Jardim, presidente da Associação Brasileira de Ortodontia e Ortopedia (ABOR), defendeu a inclusão da especialidade no rol mínimo de ações dos CEOs. E reforçando o debate nesta frente, o Presidente da Sociedade Brasileira de Ortodontia, Jonas Capelli, na mesma edição do referido Jornal, também colocou esta inclusão como interessante à sociedade e aos profissionais.

Outra sinalização da grande discussão dos rumos da Ortodontia pública brasileira teve lugar em um simpósio por ocasião do XVI Congresso Brasileiro de Ortodontia (Orto-2008), ocorrido em outubro de 2008 em São Paulo. O simpósio abriu espaço para diferentes posições de ortodontistas, estudantes, sanitaristas, gestores secretários e coordenadores de Saúde Bucal na direção de incluir a especialidade nos serviços prestados pelos CEOs, assim como discutir a prática clínica e os critérios de inclusão para o tratamento. Não obstante, o momento de chegada desta Tese não poderia ser mais oportuno, uma vez que este fornecerá subsídios essenciais ao debate, que se encontra em seu auge.

## **2.2 O tratamento das más oclusões: a ortodontia e suas bases conceituais para a operatória**

Um dos objetivos dessa Tese foi também sugerir uma agenda para o futuro da Ortodontia no setor público. Incontestavelmente, essas sugestões passam por redução de custos com a documentação ortodôntica e com a aparatologia e, também, pela otimização das técnicas de tratamento. Sendo assim, torna-se necessário que sejam abordados conceitos, condutas e variantes na terapia ortodôntica. O presente capítulo abordará essa temática visando uma maior compreensão das discussões que terão lugar nos capítulos 5 e 6.

### *2.1.1 O diagnóstico ortodôntico*

O início do tratamento ortodôntico está condicionado a uma real necessidade de se tratar o paciente em seqüência a um diagnóstico clínico correto. Esse processo assume um olhar subjetivo, pessoal, e um outro objetivo, clínico. No último, a propedêutica utilizada abrangerá alguns exames radiográficos clínicos e documentais, e o diagnóstico será feito baseado nas regras e princípios da Ortodontia. Já a face subjetiva da questão assume uma conotação dotada de nuances psicossociais, fisiológicas e culturais.

O diagnóstico clínico ortodôntico de *per si* constitui-se em uma difícil etapa do tratamento. Para que seja estabelecido e para uma correta execução do planejamento da correção da oclusão, o ortodontista deverá, de acordo com os maiores nomes da ortodontia mundial nas últimas décadas como MOYERS (1991), GRABER (1996) e PROFFIT (2002), avaliar o paciente sob os seguintes aspectos:

- A) Uma entrevista com o paciente, que abordará fatores subjetivos e de saúde geral: história médico-dentária, avaliação do crescimento físico; avaliação do comportamento psicossocial.
- B) Um exame clínico: estética facial, saúde oral e função oclusal.
- C) Uma análise dos registros (documentação) ortodônticos, em que são requeridos:
  - i) Fotografias intra e extra-orais, documentando a condição inicial dos tecidos moles e duros;
  - ii) Radiografias panorâmicas que fornecem uma visão ampla das estruturas ósseas da cavidade oral, podendo ser detectados tumores, dentes supranumerários ou impactados. Quando detalhes anatômicos são requeridos essas radiografias são complementadas com tomadas periapicais dos dentes individualmente;
  - iii) Radiografias cefalométricas, que indicarão as proporções faciais e dos maxilares. Esse exame radiográfico irá mostrar, prioritariamente, a relação dos dentes entre si e com os maxilares; dos maxilares entre si e com o crânio de forma geral. Se necessário, outras tomadas radiográficas podem ser feitas: radiografia da articulação têmporo-mandibular, se o paciente apresenta alguma disfunção nesta articulação; radiografia cefalométrica ântero-posterior, no caso de deformidades faciais severas e também radiografias de mão e punho, quando se objetiva determinar a idade óssea da criança e o seu potencial de crescimento;
  - iv) Modelo ortodôntico em gesso que reproduz fielmente as arcadas dentárias do paciente e é usado para mostrar a relação oclusal entre as arcadas de forma estática e dinâmica.

Com base no exame clínico e nesses registros, o profissional está apto a fazer o diagnóstico clínico ortodôntico e assim traçar os objetivos do tratamento, as metas a serem cumpridas, a mecânica e o tipo de aparatologia ortodôntica a ser utilizada.

### 2.1.2 *O tratamento e a aparatologia ortodôntica*

O tratamento das alterações de posição dos dentes e/ou dos ossos maxilares difere principalmente quanto ao tipo de má oclusão a ser tratada e quanto à idade do paciente no

período da intervenção. O problema oclusal pode ser esquelético, quando envolve um problema no desenvolvimento dos ossos maxilares; dentário, quando a alteração presente envolve apenas os dentes; ou ainda misto, se há uma associação dos dois (PROFFIT, 2002 e FREEMAN et al., 2007). A época da vida em que o paciente procura o tratamento também é decisiva para a determinação da tipologia do mesmo, se ortopédico, se ortodôntico ou se há a necessidade de uma associação de ambas as modalidades terapêuticas, em duas fases de intervenção.

Hoje, na odontologia corretiva, existem duas correntes terapêuticas principais, uma ortopédica, defendendo o puro redirecionamento dos ossos maxilares; e a outra, ortodôntica, que preconiza o movimento dos dentes nas arcadas para corrigir as discrepâncias. Porém, a clássica literatura ortodôntica (MOYERS, 1991; GRABER, 1996 e PROFFIT, 2002) assim como autores da atualidade (FRANCHI et al., 2004 e FREEMAN et al., 2007) nos mostram que a associação das duas correntes – quando corretamente indicada – não só é sinérgica, como também vantajosa para o paciente e para a qualidade do tratamento, que se apresenta mais eficaz. Trabalhar a ortopedia sem trabalhar a posição dos dentes (ortodontia) é quase uma ilusão, pois leva a resultados pobres em estética e quase sempre instáveis. Da mesma forma que utilizar somente forças ortodônticas ignorando o potencial de crescimento e a grande plasticidade dos maxilares, característica até a puberdade é um erro. O ideal, no caso, é a utilização do bom senso pelo profissional, que irá decidir qual mecânica será utilizada.

Sempre quando há uma discrepância entre os ossos maxilares, a solução ideal passa por sua correção modificando o crescimento, de forma que o problema esquelético desaparece enquanto a criança cresce e essa mecânica é geralmente feita com aparelhos ortopédicos. No entanto, o período ideal para esse tipo de intervenção é durante a dentição mista, um pouco antes da puberdade quando o pré-adolescente ainda apresenta uma grande gama de crescimento ósseo por acontecer (MOYERS, 1991; GRABER, 1996; PROFFIT, 2002; FRANCHI et al., 2004; JIANG et al., 2005 e FREEMAN et al., 2007). Essa mediação trabalha o crescimento dos ossos maxilares e torna a má oclusão menos severa. A aparatologia utilizada, nestes casos, geralmente é a ortopédica removível, seja na forma de ativadores e expansores intra-orais ou com aparelhos extra-orais. Esses acessórios adquiriram a denominação popular de “aparelhos móveis”, entretanto não há impedimento de que alguns deles, que trabalham o crescimento dos ossos maxilares da criança, sejam fixos, cimentados junto aos dentes. No entanto, na maior parte dos casos, há a necessidade de uma etapa posterior de tratamento: a puramente ortodôntica. Esta última geralmente inicia por ocasião da

erupção completa dos dentes permanentes visando o refinamento estético - e funcional - através do reposicionamento dentário.

Quando o tratamento envolve apenas fatores dentários, ele pode ser feito na dentição mista, em forma de Ortodontia interceptativa ou pode também ser executado quando já se encontram erupcionados todos os dentes permanentes, durante ou após a adolescência. No primeiro caso, pode-se lançar mão de pequenos aparelhos para manter o espaço, antes ocupado por um dente decíduo, para que a erupção do dente permanente sucessor ocorra dentro dos padrões de normalidade. É também possível a utilização de aparelhos removíveis com molas que reposicionam um dente no arco, dentre outros tipos de aparatos.

Quando a criança apresenta discrepâncias esqueléticas e dentárias, aconselha-se primeiro corrigir o problema esquelético com aparelhos ortopédicos e, em seguida, corrigir o dentário com aparatologia ortodôntica fixa. Este é o tratamento chamado “*two fase treatment*”, o tratamento em duas fases, bastante comum e efetivo. Essa modalidade terapêutica une a Ortodontia à Ortopedia Funcional dos Maxilares, que atuarão juntas, cada uma em uma fase distinta da dentição em que sua efetividade é maior.

Uma ratificação da necessidade de associação de “princípios técnicos” e de que é inútil a grande rivalidade e discussão em torno de “qual mecânica é melhor” pode ser detectada junto ao CFO, que nas diretrizes curriculares das especializações faculta a existência de uma disciplina clínica de “Ortodontia”, nos cursos de Ortopedia Funcional dos Maxilares e vice-versa (CFO, 2008a).

Quando o problema de posicionamento dental já se encontra instalado e a fase de crescimento esquelético terminou, a Ortodontia corretiva é que se encarregará de tratá-lo. O tratamento de fatores complicadores da função dento-facial, como ausência geral de espaço para os dentes, espaçamento generalizado, projeção anterior acentuada dos dentes, requer uma atuação da ortodontia corretiva convencional, que utiliza acessórios popularmente chamados de “aparelho fixo”.

Todavia, se em um paciente adulto estiver presente grande discrepância entre os ossos maxilares, além da alteração no posicionamento dos dentes, a Ortodontia por si só não solucionará o problema. Como já não há mais crescimento ósseo e a Ortopedia Funcional também não logrará sucesso, é necessário que seja associado ao tratamento ortodôntico um procedimento cirúrgico, a cirurgia ortognática, na qual os ossos maxilares são reposicionados e guiados pela oclusão dos dentes corrigida pelo aparelho fixo total (QUADRO 1).

Quadro 1 - Esquematisação das possibilidades de tratamento para diferentes problemas oclusais em diferentes faixas etárias

<b>Faixa Etária</b>	<b>Infância/ pré-adolescência</b>	<b>Adolescência</b>	<b>Adulta</b>
<b>Problema</b>			
Possibilidade de instalação do problema	Ortodontia Preventiva	Ortodontia Preventiva	Ortodontia Preventiva
Problemas Dentários	Ortodontia interceptativa com aparatologia fixa ou removível	Ortodontia interceptativa com aparatologia fixa ou removível	Aparelho fixo total
Problemas Esqueléticos	Ortodontia interceptativa com aparatologia ortopédica antes e durante a fase de crescimento	Ortodontia interceptativa com aparatologia ortopédica antes e durante a fase de crescimento	Cirurgia Ortognática associada ao tratamento Ortodôntico
Problemas Esqueléticos associados a dentários	<b>Fase 1</b>	<b>Fase 1</b>	Cirurgia Ortognática associada ao tratamento Ortodôntico
	Ortodontia interceptativa com aparatologia ortopédica.	Ortodontia interceptativa com aparatologia ortopédica.	
	<b>Fase 2</b>	<b>Fase 2</b>	
	Aguardar época para intervenção	Ortodontia fixa total	

FONTE: Elaboração própria

A utilização de uma mecânica ortodôntica total com o uso de aparelhos fixos convencionais não é vista comumente no serviço público de saúde brasileiro, não só pelos custos mais elevados, mas também pela priorização por este setor da atenção à infância e adolescência - épocas em que as respostas tissulares são ótimas à interceptação ortodôntica. Como será visto no capítulo 4, há uma tendência maior dos CEOs e estabelecimentos afins, provedores desses serviços, em optar pela utilização de aparelhos removíveis (ortopédicos) e pelos tratamentos em duas fases, em que somente a primeira é realizada no SUS, ficando a segunda, que demanda custos bem mais elevados, postergada. Mesmo nessa situação, a má oclusão, quando não é totalmente resolvida, se torna muito menos grave, por isso reforça-se a idéia de que sob o ponto de vista operacional, é viável a inclusão ortodôntica no SUS. E mesmo que essas ações sejam somente interceptativas e que apenas em um primeiro momento – fase 1 – sejam oferecidas, o benefício à saúde pública será notório pela minimização do impacto do problema dentário na qualidade de vida do paciente. Esse método é largamente utilizado no serviço público de países como Finlândia (PIETLA et al., 2007) e Estados Unidos (MAAS, 2006), conforme discutiremos a seguir.

Seja qual for a mecânica ou o aparelho utilizado, é necessário que o paciente compareça ao consultório do ortodontista para uma consulta periódica, ocasião em que o



profissional reativa as forças dispensadas pelo aparelho e observa os resultados da ativação anterior – consultas essas chamadas popularmente de “manutenções”. Durante o tratamento ortodôntico ou ortopédico o tecido ósseo alveolar e dos maxilares como um todo, dada sua grande plasticidade, sofre um processo de reabsorção e deposição. O tempo médio para que ocorra o *turn over*<sup>6</sup> dessas células é de 21 dias (GRABER, 1996). Portanto, após uma ativação, é esperado esse tempo mínimo para que se ative o dispositivo ortodôntico. A cooperação e assiduidade do paciente tornam-se então necessárias para um bom desenrolar da terapia.

A duração de um tratamento ortodôntico é variável, principalmente quando se utiliza o tratamento em duas fases. Porém, seu tempo médio, quando se utiliza o aparelho fixo total, é de 24 a 30 meses (SKIDMORE et al., 2006). Dentre os fatores que mais interferem no tempo de tratamento estão: as características da má oclusão, o método de tratamento e a cooperação do paciente. É necessário que este último ponto seja muito bem abordado com a clientela, tanto no caso de aparelhos removíveis, que faculta ao paciente não usá-los, ou usá-los por tempo insuficiente, como nos aparelhos fixos, que sofrem avarias com facilidade, devido à sua delicadeza estrutural e que, muitas vezes, ainda demandam uso de acessórios adaptados pelo próprio paciente.

Continuamos a defender o tratamento das más oclusões mais graves pelo SUS, independentemente da idade do paciente. Casos em que, invariavelmente, a terapêutica envolve aparelhos ortodônticos fixos. Porém um tratamento ortodôntico total, oferecido em larga escala, deve ser visto com cuidados na rede pública de saúde, não tão somente pelas limitações de cunho financeiro, mas também pelo que foi discutido sobre a dinâmica daquele e a disciplina que o usuário deve seguir nesta terapia. Sem a conscientização do paciente, haverá o comprometimento tanto dos resultados terapêuticos como de todo o programa.

Outra consideração relevante, que será discutida posteriormente, é o grande valor que se agrega ao tratamento em duas fases, quando discutimos ortodontia em Saúde Pública. Essa modalidade de terapia além de reduzir os custos, requer no primeiro momento, menos horas clínicas e uma prática mais simples, além de apresentar um excelente resultado. Esta técnica já vem sendo rotineiramente usada nos serviços públicos de vários municípios no Brasil, nos locais onde já se adotou a Ortodontia como objeto de ação.

---

<sup>6</sup> Processo cíclico de divisão e reprodução celular em que as células antigas vão sendo substituídas por outras mais jovens.

### 3 A ORTODONTIA NAS POLÍTICAS DE SAÚDE

#### 3.1 A experiência internacional

Por todo o globo, há uma grande diferença na distribuição *per capita* de ortodontistas e também de cursos de especialização em Ortodontia. Nos Estados Unidos, esses cursos são em número de 62 para uma população de quase 300 milhões de pessoas; no México há 22 cursos para 107 milhões de habitantes. Na França, país com uma população de 60 milhões de habitantes, existem apenas 16 cursos de Ortodontia. E essa proporção no Reino Unido é de 14 cursos para 58 milhões de habitantes (CFO, 2008a), mostrando uma óbvia proporcionalidade em todos os casos.

O número de ortodontistas nos países desenvolvidos também não é proporcionalmente tão grande quanto no Brasil (11.078 especialistas na área). Os Ortodontistas norte-americanos, por exemplo, somam 9.350, que atendem a uma população superior à brasileira em quase 100 milhões de habitantes (CFO, 2008b).

A Ortodontia está presente no setor público de países que praticam os melhores moldes do Estado de Bem Estar Social, como Suécia, Finlândia, Dinamarca e Noruega, e em países com relevante proteção social e à saúde (Reino Unido, Canadá, Austrália e Nova Zelândia). Porém há casos de nações em desenvolvimento (Argentina, África do Sul e Cuba) que há algum tempo já incorporaram, de maneira mais limitada, tais ações em sua gama de serviços estatais. Há também exemplos como os Estados Unidos, onde a fortíssima participação do mercado privado se mescla com seguros de saúde. E agora, o Brasil, que somente em 2004 lança a PNSB, nos concede o grande e necessário fomento para uma aproximação, em relação aos primeiros países citados neste texto, no que toca à odontologia pública.

#### *Suécia, Dinamarca, Noruega e Finlândia*

Desde os anos 30, o estado sueco oferece atendimento ortodôntico de maneira gratuita, porém por décadas esse serviço estava presente somente na cidade de Estocolmo, capital do país. Em 1974, essa modalidade assistencial se transformou em lei, e o Departamento Nacional de Saúde Bucal passou a ser obrigado a oferecer o referido tratamento a toda população menor de 17 anos em todos os municípios suecos. Alguns pesquisadores afirmaram que 90% dos ortodontistas suecos estão empregados pelo serviço público de saúde, baseados em dados referentes àquele ano de 2001, e ainda complementam a informação

reportando uma porcentagem de 52% ortodontistas atuando exclusivamente no serviço público da Suécia (RICHMOND et al., 2001, LINDER-ARONSON, 2008).

Atualmente, o Serviço Público Odontológico (*Public Dental Health Service - PDHS*) é o encarregado de promover programas e de cuidar da saúde bucal desse grupo de pacientes. Aos generalistas, cabem o diagnóstico e a seleção para tratamentos que são negociados entre o especialista em Ortodontia e o serviço público de saúde. O paciente deve apresentar uma substancial necessidade de tratamento para sua inclusão, e segundo SHAW et al. (1997), o critério de seleção sueco é definido pelas condições locais de cada município.

Na Dinamarca, onde 75% dos ortodontistas atuam em instituições do governo, o tratamento ortodôntico, no sistema público e ainda na década de 70, atingiu metas, que devem ser tidas como modelo, pela alta cobertura populacional que o programa alcançou (JENNY, 1975). O tratamento desde o início de sua inclusão nas políticas públicas é de livre acesso a todos com até 18 anos, e os pacientes são classificados para receber o benefício 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 desponta como exemplo de bem-estar social e na prestação de serviços de saúde, inclusive os ortodônticos. Diferentemente de seus vizinhos escandinavos, este pequeno país apresenta somente 15% de seus ortodontistas atuando na rede pública de saúde. Embora o diagnóstico, a triagem, a referência e o tratamento ortodôntico sejam de responsabilidade do Estado, a clientela incluída na faixa etária de até 16 anos é atendida por especialistas em Ortodontia que trabalham em clínicas particulares e que recebem um reembolso referente ao tratamento executado. O custo desse tratamento pode variar de acordo com a severidade da má oclusão, caracterizada pelo *Orthodontic Index of Treatment Need* (OITN) (FERNANDES et al., 1999).

Desde 1972, o Sistema Municipal de Saúde da Finlândia vem se responsabilizando pelo tratamento ortodôntico de crianças e adolescentes, a partir dos nove anos de idade, e garantindo-lhes a gratuidade dos serviços até os 18 anos. 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. E segundo PIETILA et al.(2008), o número de ortodontistas finlandeses era de 146, no último levantamento, realizado em 2001, e grande parte deles atuando no setor público.

Embora esse tratamento não seja regido por políticas centralizadas de saúde, ele é praticado em todas as unidades de saúde do país. Os gestores locais administram os serviços e os gastos, reportando às autoridades federais as ações desenvolvidas na unidade sob sua responsabilidade. 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, possibilitando assim um trabalho conjunto e em equipe.

Para a triagem ortodôntica, não havia, até o final da década de 80 um índice usado convencionalmente para essa seleção, e os usuários, por razões econômicas e práticas, eram tratados de acordo com a necessidade clínica que apresentavam (PIETILA et al., 1997). No entanto em 1988, o Departamento de Saúde Finlandês recomendou a utilização de uma escala de 10 níveis de necessidade para a determinação da prioridade no tratamento. Uma das peculiaridades desta escala utilizada é que, diferentemente em relação a outros índices de necessidade, ela prioriza os fatores funcionais comprometidos pela má oclusão (PIETILA et al., 2007).

As crianças selecionadas recebem tratamento ortodôntico feito em duas fases, uma interceptativa, que minimiza a má oclusão, denotando uma drástica redução no índice de necessidade de tratamento ortodôntico; e, se necessário, uma fase posterior, quando já se consolidou a dentição permanente. Nestes casos, esta segunda fase se torna muito mais rápida e demanda menores custos, se tornando um excelente instrumento na Ortodontia pública (PIETILA et al., 2007).

É notória a alta qualidade de vida dos cidadãos dinamarqueses, noruegueses, finlandeses e suecos, bem como é conhecida a opção escandinava em favor de um Estado de Bem Estar Social. Esses fatos fazem com que os países daquela região liderem o rol dos melhores exemplos de uma prática de Ortodontia pública.

#### *Reino Unido, Canadá, Nova Zelândia e Austrália*

O Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido oferece ortodontia a todas as pessoas que dela necessitam até os 18 anos (BREISTEIN et al., 1998). Dentre os provedores destes serviços estão: o Serviço Odontológico Geral (*General Dental Service*) e os Serviços Ortodônticos Hospitalares (*Hospital-based Orthodontic Services*), regulados pelo *National Health Service* que se encarrega do pagamento aos profissionais de acordo com o procedimento realizado.

Cerca de 20% dos ortodontistas britânicos atuam no setor público, mas BEDI (2006) relatou uma insuficiência, em número, de recursos humanos na área odontológica, tanto na Inglaterra como em outros países integrantes do Reino Unido. O atendimento de Ortodontia, no primeiro, não é provido só por especialistas em Ortodontia, mas 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 em relação ao 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. Tais índices são usados no Reino Unido não só como forma de triagem, mas também como instrumento investigativo em levantamentos epidemiológicos, além de serem métodos verificadores da eficácia da terapia ortodôntica. Pode-se destacar, dentre os índices, o OITN, originalmente desenvolvido na Inglaterra e hoje o mais usado naquele país (MACIEL, 2003).

O modelo canadense para a Ortodontia em nível de saúde pública é co-participativo. As crianças, devidamente selecionadas, recebem o tratamento preventivo e interceptativo através do *Preventive Orthodontic Program*, cujo objetivo é minimizar o efeito das más oclusões, impedindo assim que estas se transformem em graves problemas de saúde. Os aparelhos ortodônticos utilizados no tratamento desse programa são removíveis e a parte laboratorial de sua confecção é financiada pela família do paciente (DENTAL PUBLIC HEALTH, 2008).

Na Nova Zelândia o serviço ortodôntico também é oferecido pelo setor público, através do programa *New Zeland Dental Nurse*, um trabalho realizado com crianças em idade escolar, que cuida da interceptação e prevenção das alterações no posicionamento dentário e maxilar. Neste país, a exemplo dos países nórdicos, a Ortodontia está tão ou mais presente no setor público que no privado.

Os australianos têm acesso ao *Medicare*<sup>7</sup> que cobre várias ações médicas, mas que exclui os serviços odontológicos desde 1996, quando o governo federal deixou a cargo das províncias australianas o planejamento e execução da atenção em saúde bucal. Seguindo essa lógica, e dadas às grandes diferenças regionais australianas, o tratamento ortodôntico subsidiado pelo Estado não se apresenta de fácil acesso aos 20 milhões de cidadãos

---

<sup>7</sup> Sistema público de proteção à saúde dos australianos e que atende usuários com menos poder aquisitivo, portadores do *Health Care Card*.

australianos (SCHWARZ, 2006). Todavia, os indivíduos dependentes do Sistema Nacional de Saúde, e portadores do *Health Care Card*<sup>8</sup> têm o acesso aos serviços ortodônticos, garantido. Apesar das limitações de ordem etária e oclusal para o acesso ao tratamento, este é oferecido em clínicas localizadas nas escolas e em centros comunitários de saúde a cidadãos com até 18 anos de idade, beneficiários do programa, que devem apresentar uma má oclusão severa, resultando em disfunções mastigatórias e/ou uma estética inaceitável para os padrões sociais. Esse processo obedece a um rigoroso protocolo de referência assim como a um não menos rigoroso sistema de triagem (NSW HEALTH, 2005).

#### *África do Sul, Argentina e Cuba*

Mesmo em países em desenvolvimento, como a África do Sul, registra-se a existência de algum tipo de serviço ortodôntico público. Para BAYAT et al. (2003), há uma crescente demanda para esse tipo de atendimento, chegando a representar 46% do total de crianças que procuram por cuidados odontológicos no referido país. As crianças são examinadas em clínicas satélites localizadas nas escolas, onde os casos mais severos, recebem além da atenção odontológica básica, prevenção e interceptação em Ortodontia. Quando são necessários cuidados ortodônticos maiores, elas são encaminhadas para um ortodontista. Se a sua condição socioeconômica for desfavorável, ela é tratada nas Clínicas do Estado ou nas Clínicas Ortodônticas das Universidades (MUELENARE, 1997).

Segundo MUNÓZ et al. (1980) no Hospital Municipal de Odontologia em Buenos Aires, são atendidas crianças selecionadas de acordo com a necessidade de tratamento ortodôntico. Essas crianças são substituídas quando o tratamento é encerrado. Eis aqui outro exemplo de alternativas de estratégias de inclusão da Ortodontia na saúde pública levadas adiante em um país em desenvolvimento.

Em Cuba, foi posto em prática um programa de tratamento ortodôntico à comunidade, envolvendo especialistas que cuidariam da atenção secundária; 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 más oclusões de zero 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%

---

<sup>8</sup> Cartão de Saúde oferecido pelo governo australiano aos usuários. Os usuários do sistema público de saúde australiano passam por diferentes critérios de elegibilidade variando de estado para estado. Esses critérios passam por políticas direcionadas somente a crianças; pessoas de baixo poder aquisitivo; pensionistas; outros grupos com baixa inserção social e econômica (SCHWARZ, 2006).

(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 outras frentes de necessidade e ações renovadas.

### *Estados Unidos*

A Ortodontia americana, embora modelo de excelência científica, não pode ser citada como referência no atendimento público. Contudo, coube-nos esse comentário a respeito do *status* desta especialidade em solo americano dada a importância daquele país na história ortodôntica. Os Estados Unidos são o berço da Ortodontia, área da odontologia que ganhou força e popularidade entre os americanos que usaram e ainda usam, em larga escala, o serviço. Quando na Europa, de um modo geral, ainda havia poucos ortodontistas, naquele país a profissão já era amplamente praticada por milhares de especialistas. Talvez isso se deva pela questão cultural e pelas imposições sociais sempre muito marcantes na sociedade americana.

Nos Estados Unidos, os cuidados com a saúde bucal estão majoritariamente a cargo dos provedores particulares, que em alguns casos não aceitam o reembolso público. Contudo, aqueles são insuficientes para atender a toda demanda existente, gerando um grave problema na ordem de recursos humanos, conforme comentários de BEDI (2006). A maior parte dos tratamentos ortodônticos é coberta pelos seguros de saúde que apresentam cotas com limites de gasto para cada paciente. Os profissionais provêm o tratamento e são reembolsados pelas agências seguradoras privadas (KING et al., 2006).

A participação de fundos públicos no financiamento da Saúde Bucal nos Estados Unidos é pequena, na ordem de 6% do total gasto. O Governo Federal, por sua vez, participa ainda menos da provisão financeira para os programas desta área, cerca de 1% no *Medicaid*<sup>9</sup> e menos de 0,1% no *Medicare*<sup>10</sup> (MAAS, 2006). Neste contexto, o setor privado, inclusive a parte representada pelos planos de saúde e seguro social, encontra campo fértil para seu crescimento, caracterizando ainda mais a orientação liberal e o conseqüente distanciamento do Estado de Bem Estar Social, produzido no país.

O *Medicaid* foi criado para prover assistência médica e odontológica às famílias de baixo poder aquisitivo, portanto o acesso a este é limitado. As razões para esta limitação são muitas, e entre elas está a relutância dos médicos e dentistas em prestar o atendimento a

---

<sup>9</sup> Programa de saúde americano financiado pelos estados e pelo Governo Federal.

<sup>10</sup> Programa de saúde americano, destinado aos idosos, com financiamento federal.

esses pacientes devido à extrema burocracia e devido aos baixos honorários (THEIS et al., 2005). Os mesmos autores comentam também a situação da Ortodontia neste programa de saúde, dizendo que o financiamento dessas ações sanitárias é reduzido, fazendo com que haja uma criteriosa seleção para o tratamento.

Os índices de necessidade de tratamento ortodôntico são então usados para triar a clientela. No caso americano, diferentemente da maior parte dos países europeus que utilizam o OITN, é utilizado o *Handicapping Labiolingual Deviation* (HLD) (Desvios lábiolinguais incapacitantes), na maioria dos estados federados americanos, cada um promovendo variações no índice, de acordo com seus fatores culturais e de financiamento. A prioridade no tratamento é dada às crianças e a Ortodontia interceptativa ou o tratamento em duas fases são os principais serviços oferecidos, porque nesses casos, há a redução do custo final do tratamento, mesmo que ele continue em uma segunda fase que, no caso, sai do rol de ações do programa (THEIS et al., 2005).

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 até estéticos para evitar subjetividade nessa escolha ou mesmo evitar que indivíduos com problemas menos graves recebam a terapia.

O financiamento para o tratamento ortodôntico, mesmo nos países desenvolvidos e ricos, é assunto que gera uma 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 casos mais complexos. Os índices de prioridade de tratamento são usados então 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 (MACIEL, 2003).



### **3.2 A experiência brasileira no contexto da Política Nacional de Saúde Bucal e da criação dos Centros de Especialidades Odontológicas**

Remetendo-nos a MACIEL (2003) e MAIA (2008) podemos analisar a trajetória da saúde bucal pública no Brasil e desta forma torna-se notório o rompimento com uma hegemonia quase secular de uma odontologia restauradora e mutiladora, que se via nas práticas públicas. Essas práticas perduraram por décadas, com usuários em filas em busca de “fichas de consulta” e com o atendimento limitado a exodontias e restaurações, principalmente. Portanto, o sistema era centrado na doença e na produção, legando a segundo plano o bem-estar do indivíduo. Neste contexto, as especialidades odontológicas não se faziam presentes nos serviço público (BRASIL, 2006c), e quando se tratava da correção do posicionamento dentário pela Ortodontia, o abismo social ainda se tornava mais marcante.

Na contramão das grandes manifestações do neoliberalismo, desde 1986 vêm sendo discutidas propostas de ações sanitárias com enfoque na saúde comunitária e de família, que apontaram para uma nova organização nesses serviços. Embora de forma tardia, este contexto favoreceu a maior conquista da saúde bucal pública brasileira, que ocorreu em 2004, ano em que o MS como estratégia contra a exclusão social lança o “Brasil Sorridente” (PNSB) e dentre as principais diretrizes do programa, está a prestação de serviços de média e alta complexidade em odontologia. Até o referido ano, as ações de baixa complexidade dominavam a odontologia pública brasileira, e a grande maioria dos municípios brasileiros desenvolvia ações somente para crianças até 12 anos. A mais abrangente política de saúde bucal, então, vem sendo colocada em prática, resgatando o direito do cidadão brasileiro à atenção odontológica, superando um abandono histórico que perpetuou por décadas.

Conforme o que foi ressaltado no texto das diretrizes da PNSB (BRASIL, 2004a), e discutido com riqueza de detalhes por MAIA (2008), o que se viu foi uma grande inflexão positiva, repleta de inovações na Saúde Bucal nacional, alinhando finalmente a odontologia com os princípios do SUS. A referida política, em suma, compreende um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo que abrange a promoção de saúde, a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, visando reorganizar a saúde bucal brasileira em todos os níveis de ação (BRASIL, 2004a).

Em relação à atenção básica, a quem compete detectar as necessidades, providenciar encaminhamentos requeridos em cada caso; monitorar a evolução da reabilitação, inclusive mantendo-a no pós-tratamento, recomendou-se o desenvolvimento de ações de:

- 1- Prevenção e controle do câncer bucal;
- 2- Implantação e aumento na resolutividade no pronto-atendimento;
- 3- Inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica;
- 4- Inclusão de reabilitação protética na atenção básica;
- 5- Ampliação do acesso.

É no terceiro tópico que se fundamenta a grande discussão desta política, pois até o lançamento do “Brasil Sorridente” apenas 3,5% dos atendimentos odontológicos feito no SUS correspondiam a tratamentos especializados. A quase totalidade era de procedimentos mais simples como restaurações, pequenas cirurgias e aplicação de flúor (CFO 2008b). Diante desses números é imperioso que se reconheça a importância do momento vivido pela saúde bucal brasileira. Vale observar que o MS teve como intenção facultar a continuidade do atendimento realizado no âmbito da atenção básica, estendendo o tratamento odontológico para questões de média e alta complexidade.

Uma das maiores inovações da PNSB foi, sem dúvida, a criação dos CEOs que visam prestar assistência especializada nas áreas de Periodontia, Endodontia, Diagnóstico Oral, Cirurgia e Odontologia para pacientes especiais. Os critérios, normas e requisitos para o credenciamento dessas unidades foram inicialmente instituídos através da Portaria n. 1.570/GM de 29 de julho de 2004 (BRASIL, 2004 b). A Ortodontia, apesar de não mencionada, já vinha sendo incorporada em alguns centros, segundo programas locais e esforços de gestores e profissionais nessa direção<sup>11</sup>. Essas iniciativas isoladas, que por contra própria – e com contrapartida municipal e/ou estadual – incluíram a assistência ortodôntica em sua prestação de serviços, inauguraram uma nova era na Ortodontia brasileira. E agora, com a publicação da PNSB, cada vez mais cresce o número de CEOs a oferecer tal serviço. Os gerentes e gestores, para tanto, encontram subsídio no mesmo documento governamental em discussão que dispõe que a cada local compete de acordo com a possibilidade, incrementar a atenção básica com procedimentos de outras especialidades, no intuito de ampliar a credibilidade e o valor do serviço público odontológico. Essa inclusão constitui-se em um campo fértil para discussões acerca da implementação do tratamento ortodôntico naquelas instituições, pois há que se conhecerem as experiências adquiridas, os programas que se

---

<sup>11</sup> O Ministério da Saúde através do representante de sua Divisão de Saúde Bucal, Renato Takeo Ishigami, declarou em Simpósio sobre o tema “Ortodontia no SUS” que as portarias normatizadoras dos CEOs devem sofrer ajustes, regulamentando a entrada da Ortodontia no rol mínimo de ações desses centros especializados.

destacam, para que no futuro a recém-implantada política possa ser avaliada quanto a seu alcance e benefícios.

Os CEOs são unidades de referência para a atenção básica e que, integrados ao planejamento loco-regional, representam a continuação daquela atenção através de procedimentos em níveis secundários e terciários. Esta referência pode ser para o próprio município, região ou microrregião de saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada estado. Em março de 2008, o número de CEOs somava 590 unidades, e em junho do mesmo ano, quatro anos após o início das implantações, os CEOs já eram em número de 675 presentes em mais de 280 municípios brasileiros. Além desses, muitos outros já estão em processo de credenciamento, esperando-se para o fim do corrente ano o alcance da meta fixada em 750 unidades (BRASIL, 2008). Dentre essa totalidade, conforme será reportado nos resultados da pesquisa desta Tese, apenas 37 (mais três clínicas privadas credenciadas a municípios e mais duas unidades de saúde) oferecem serviços ortodônticos financiados pelo SUS, estendendo o alcance das ações dessas unidades a procedimentos que não se encontram dentre os que compõem as especialidades mínimas contempladas na PNSB.

O MS classifica os CEOs em três tipos: I, II e III de acordo com o número de consultórios odontológicos (3, 4 e 7 ou mais, respectivamente) e a eles oferece incentivos financeiros diferenciados. Os destinados ao custeio de serviços são repassados mensalmente para o fundo municipal, na quantia de R\$ 6.600,00 para os CEOs tipo I; de R\$ 8.800,00 para os tipo II e R\$ 15.400,00 para os tipo III, devendo ainda ser acrescidos de investimentos municipais e estaduais. Esse montante deve ser destinado a gastos com material de consumo. Os gastos com instalações e insumos são vinculados ao repasse financeiro por ocasião da habilitação do centro e corresponde aos valores: R\$ 40.000,00 para CEOs tipo I, R\$ 50.000,00 para tipo II e R\$ 80.000,00, para os tipo III, segundo as Portarias n. 599 e 600/GM de 23 de março de 2006 (BRASIL 2006). Os salários dos profissionais são de responsabilidade das secretarias municipais ou estaduais de saúde, não sendo alocados nos orçamentos supracitados e como será visto a seguir, no próximo capítulo, esta participação municipal e estadual foi decisiva na aproximação da Ortodontia em relação ao SUS brasileiro.

Outra grande inovação da PNSB foi a instalação de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, os LRPDs. Segundo a Portaria 1063/GM de 4 de Julho de 2005 (BRASIL, 2005) os LRPDs se caracterizam por unidades laboratoriais próprias do município, ou unidades terceirizadas credenciadas para a prestação de serviços, desde que sejam registrados

no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Atualmente, os LRPDs atingiram o número de 234, e este montante está em constante aumento (BRASIL, 2008 a). Por região sanitária, que compreende um grupo de, no mínimo, 100 mil habitantes, pode ser credenciado um único laboratório. Os trabalhos realizados nos LRPDs são remunerados por produção, em que a cada prótese total confeccionada o valor pago é de R\$ 30,00, enquanto pelas próteses parciais removíveis o valor é de R\$ 40,00 (BRASIL, 2005). Ainda pode-se constatar também a participação desses laboratórios na confecção de aparelhos ortodônticos removíveis.

O financiamento do SUS para a sustentação da PNSB, minuciosamente discutido por MAIA (2008), está cargo das três esferas de Governo e se encontra disposto em três dos cinco blocos contemplados pelo Pacto Para a Saúde 2006, a saber: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade e Gestão<sup>12</sup>. Os recursos do grupo Atenção Básica custeiam as ações da equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Os recursos do bloco da Gestão financiam ações relacionadas à organização e ampliação do acesso aos serviços de saúde, nas quais se inclui a implantação dos CEOs. Já o repasse destinado a custear ações de Média e Alta Complexidade representa um incentivo permanente para a manutenção dos CEOs e dos LRPDs (BRASIL, 2006b).

Neste contexto, a perspectiva de que o município e/ou estado possam implementar outros serviços nos procedimentos mínimos dos CEOs inclusive a assistência ortodôntica contribuiu para que muitos logo aderissem ao processo e incluíssem em seu rol de ações a atenção ortodôntica após 2004. E, mesmo alguns centros que já ofereciam o serviço, foram convertidos à categoria de CEOs. Mas de uma maneira abrangente, dados sobre essas ações permaneceram quase totalmente desconhecidos até o presente, vindas à tona somente à luz desta pesquisa que através de um levantamento minucioso detectou os centros que, na vanguarda das novas ações em saúde bucal, já oferecem a Ortodontia no atendimento secundário à saúde. A pesquisa descrita a seguir também estudou de maneira detalhada as ações que aí têm lugar, no intuito de identificar e até mesmo lançar sugestões para a solução de problemas que se fizeram presentes neste processo de desenvolvimento das práticas ortodônticas no SUS.

---

<sup>12</sup> Os cinco blocos de transferências de recursos federais são: Atenção Básica; Atenção da Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS.

#### **4 A ATENÇÃO ORTODÔNTICA PÚBLICA NO BRASIL CONTEMPORÂNEO: UM EXAME DOS MODELOS ASSISTENCIAIS**

Neste capítulo apresentamos a pesquisa que buscou responder as seguintes questões: em quais municípios, de todo o Brasil, estão localizados os serviços ortodônticos públicos? Quais as principais características desse atendimento? Há problemas ou limitações em seu desenrolar? As ações obedecem a algum protocolo? Há algum serviço ortodôntico que possa servir como paradigma? É possível desenvolver uma agenda com olhares ortodôntico e sanitário que possa colocar em prática a viabilidade política, técnica e financeira do atendimento ortodôntico no SUS?

Assim, a pesquisa levantou, na totalidade, a localização dos CEOs e outros centros públicos de saúde bucal de todo o país, prestadores de serviços ortodônticos. À investigação somou-se ainda mais valores que a justificaram, uma vez que até o surgimento desta pesquisa esses dados eram desconhecidos do grande público, do meio odontológico e da Saúde Coletiva.

Uma vez conhecendo a localização dos serviços, fez-se necessária a investigação mais aprofundada sobre sua operacionalidade, visando sugerir bases técnicas e gerenciais para a dinamização dos mesmos. As principais limitações no atendimento surgiram e também os grandes exemplos de organização. Algumas soluções para as primeiras foram propostas e os paradigmas observados *in loco*, no sentido de ilustrar a pesquisa e de promover a divulgação de tais experiências.

Nas páginas seguintes serão demonstrados, com detalhes, a metodologia empregada na coleta de dados, os resultados obtidos e sua análise. E embora não tenhamos nos prendido a questões metodológicas complexas e a estatísticas elaboradas, dadas as características da pesquisa e à escassez de dados referentes ao assunto, o valor do trabalho reside na busca da originalidade e na reunião de dados primários inéditos sobre uma temática ainda pouco investigada, contribuindo para incrementar as informações sobre odontologia no SUS.

##### **4.1 Método**

A investigação, amparada por ampla resenha bibliográfica e documental, se caracterizou por um estudo quantitativo, em um primeiro momento, e qualitativo em um

momento seguinte, sobre a localização geográfica e o *modus operandi* das ações ortodônticas que vêm sendo desenvolvidas no SUS atualmente. Essa abordagem se constituiu:

i) da investigação de quais são os municípios de todo o país, cujos CEOs e outros centros de saúde, oferecem serviços de Ortodontia. Em seguida procedeu-se uma análise da conjuntura social e sanitária desses municípios;

ii) do estudo exploratório, quantitativo do *modus operandi* das ações ortodônticas nos referidos estabelecimentos de saúde; e por fim,

iii) na observação participativa *in loco* feita em centros de saúde bucal, que se postaram como os “modelos na atenção ortodôntica” localizados em municípios vivendo realidades geográficas, demográficas e econômicas distintas.

Esta pesquisa, previamente à sua execução, foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, e aprovada com o Parecer Consubstanciado n. 061/08.

O trabalho cumpriu seis fases distintas:

#### 4.1.1 *Identificação dos Centros Públicos de Saúde Bucal que oferecem Ortodontia*

Foram contactados, inicialmente, através de correio eletrônico, a Coordenação Nacional de Saúde Bucal (CNSB) do MS e as CESBs de todos os estados da Federação. Em um segundo momento, através dos Correios, foi enviada correspondência às unidades que não retornaram ao contato inicial. Em um terceiro momento, para travarmos contato com as Coordenações que ainda não haviam respondido, fizemos exaustivos contatos telefônicos com as mesmas Secretarias e também com os setores responsáveis pela saúde bucal. As informações solicitadas nesta busca versavam sobre:

i) quais eram os municípios do estado cujos CEOs (e outros estabelecimentos públicos de saúde) ofereciam serviços ortodônticos;

ii) qual o contato na gerência do CEO ou na Coordenação do Centro de Saúde que poderia nos fornecer informações sobre o desenvolvimento dos serviços ortodônticos. Desta forma, pudemos otimizar um contato direto com esses estabelecimentos.

Mesmo após todo esse esforço em torno da obtenção de informações, não foi possível o acesso à sua totalidade, então, uma pesquisa sobre as mesmas informações na base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Sistema de

Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) também foi feita paralelamente aos contatos com os Coordenadores. Esse, apesar de mais simples, não se constituiu o método de eleição para a busca, pois há neste cadastro uma carência de informações no que tange às especialidades oferecidas pelos estabelecimentos e também sobre as ações que lá são desenvolvidas.

#### 4.1.2 Levantamento dos dados

Uma vez conhecendo os municípios que, em sua rede de saúde, ofereciam o tratamento ortodôntico, foi feito um estudo sobre suas condições demográficas, sociais e político-sanitárias para uma melhor compreensão do processo que culminou com a inclusão da Ortodontia em seu rol assistencial.

Foram estudadas questões sociogeográficas que passaram por:

- População do município (segundo o Censo 2007-IBGE);
- Percentual da população na infância e adolescência;
- Produto Interno Bruto (PIB) do município;
- PIB *per capita*;
- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município;
- Nível de influência do município, se regional, estadual, mesoregional, microrregional, segundo o IBGE.

Também tiveram lugar as questões político-sanitárias que se constituíram de:

- Índice de Dentes Cariados Perdidos e Obturados (CPO-D) do município;
- Número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) credenciadas pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB);
- Percentual populacional coberto por essas equipes;
- Média *per capita* de procedimentos odontológicos básicos individuais realizados pela rede municipal de saúde bucal;
- Número total de CEOs desses municípios;
- Percentual de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais;

- Percentual do Piso de Atenção Básica (PAB) destinado pelo município para a Saúde Bucal;

- Participação do município no financiamento da saúde.

Com o conhecimento de algumas condições que podem ter sido determinantes para o município oferecer o tratamento ortodôntico em sua rede assistencial, as atenções do estudo se voltaram para os centros de saúde onde havia esse tipo de tratamento, e o passo seguinte foi contatar os atores desse processo.

Com este fim, foram enviados e-mails e feitas ligações telefônicas às Secretarias Municipais de Saúde dos municípios informados pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Aqueles, por sua vez, nos colocaram em contato direto com os Departamentos Municipais de Saúde Bucal que nos orientaram quanto à possibilidade de contatar os CEOs ou os gerentes dos mesmos. Essa busca se tornou altamente laborosa pela dificuldade de se obter os informes junto às repartições de saúde e aos centros, alvos da pesquisa. Por muitas vezes, se fizeram necessários seguidos contatos telefônicos e incontáveis e-mails para se alcançar o objetivo.

Disponibilizado o acesso ao responsável pelo serviço no centro de saúde bucal (gerente, gestor, coordenador), foram solicitados a eles os dados públicos referentes ao atendimento ortodôntico realizado no estabelecimento sob sua responsabilidade. Este contato inicial muitas vezes se deu por meio telefônico ou por correio eletrônico pessoal, pois nem sempre os CEOs ou centros de saúde dispunham de linha telefônica ou endereço eletrônico, dificultando consideravelmente essa etapa do trabalho.

Após o difícil contato e obtendo a anuência do participante, foi encaminhado, via correios ou quando possível via e-mail, o pedido formal de informações sobre os serviços ortodônticos ao coordenador ou gerente do estabelecimento. Para uma maior precisão na coleta dos dados, a solicitação foi balizada por tópicos reunidos em um instrumento (ANEXO 3), confeccionado por um ortodontista e baseado em orientações de WILLIAMS (2003). Nesta etapa, as dificuldades se fizeram ainda mais pertinentes, uma vez que alguns participantes, não convencidos dos objetivos científicos da pesquisa, se negaram a participar da mesma. E ainda que se pese o fato da incomensurável complexidade assumida nas remessas dos dados em resposta ao pesquisador, que não em raras ocasiões usou de insistência para obtê-los. Explica-se assim porque, na apresentação do trabalho, o caracterizamos como hercúleo.



Os dados solicitados foram relativos ao *modus operandi* das práticas ortodônticas públicas que vêm sendo realizadas nestas unidades e versavam sobre o tratamento, sobre o CSB e sua inserção na rede pública de saúde:

a) Quanto ao tratamento:

- Número de Ortodontistas e/ou Ortopedistas atuando no EPSB;

- Tipologia de tratamento ortodôntico:

1- Preventivo e interceptativo;

2- Preventivo e interceptativo e curativo.

- Tipologia dos aparelhos ortodônticos utilizados:

1-Ortopédica;

2-Ortodôntica fixa convencional (inclusive);

3-Ortodôntico e Ortopédico.

- Confeção do aparelho Ortodôntico:

1-Se pelo próprio dentista;

2- Se por laboratório de prótese terceirizado;

3- Se por um LRPD;

4-Se por laboratório de prótese do próprio centro de saúde.

- Faixa etária de pacientes atendidos:

1- Dentição mista até nove anos;

2-Dentição mista até 12 anos;

3-Dentição permanente até 15 anos;

4-Adultos;

5-Todas as idades.

- Número de pacientes em atendimento;

- Modelo de triagem:

1- Baseada na necessidade clínica de tratamento;

2- Baseada em critérios clínicos e psicossociais de necessidade de tratamento;

3-Baseada em outros critérios.

- Utilização de protocolo de atendimento clínico;

- Forma de aquisição e confecção da documentação ortodôntica:

1-Através da compra de serviços terceirizados;

2- A cargo do paciente;

3-Feita no próprio centro de saúde.

b) Quanto ao Estabelecimento:

- Fonte do financiamento para as ações de ortodontia:

1- Se exclusivamente Federal pela PNSB;

2- Se Federal com participação do Município ou Estado;

3- Financiamento exclusivamente estadual ou municipal.

- Presença de um LRPD anexo ao CEO ou a outro centro de Saúde Bucal;

- Referenciamento:

1-Por demanda espontânea;

2- Por referência e contra-referência da rede pública.

- Conhecimento de algum protocolo do MS, para atendimento ortodôntico no SUS;

- Principal problema apontado pelos gestores/gerentes consultados quanto ao tratamento ortodôntico.

Feitas as entrevistas e obtidas as respostas, os dados foram escolhidos para tabulação, inclusive pôde-se detectar os problemas pungentes que se interpunham como “nós críticos” no perfeito desenrolar dos serviços. Problemas esses que foram agrupados em:

- Quanto à rede assistencial como um todo;

- Quanto às práticas das ações.

#### 4.1.3 *Classificação dos dados*

Os dados obtidos na entrevista foram tabulados no Excel-2003- Windows XP, e agrupados para análise. As variáveis quantitativas foram tabuladas diretamente e as qualitativas, codificadas para o procedimento estatístico descritivo.

#### 4.1.4 *Análise dos dados*

Os dados foram submetidos a uma descrição estatística, utilizando-se o programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 11.0, que informou os percentuais referentes aos estabelecimentos estudados.

#### 4.1.5 *Observação participativa*

Para conferir uma maior credibilidade aos dados pressupostos, na pesquisa quantitativa, e para uma maior compreensão e profundidade de conhecimento sobre as ações de Ortodontia no serviço público de saúde, foi feita uma visita em moldes de observação participativa (TURATO, 2004), ao CEO1 de Caçador (SC) e ao Centro Especializado de Odontologia (CEO-Centro) de Fortaleza (CE), modelos em atendimento ortodôntico no SUS, assim como às clínicas ortodônticas terceirizadas de Angra dos Reis e Duque de Caxias (RJ), por constituírem outro modelo assistencial. O primeiro município é pioneiro na atenção ortodôntica nos parâmetros de uma pequena cidade, e o segundo é o berço da atenção às especialidades odontológicas no sistema público, além de ser um município de grande porte. Essa observação ilustrou a pesquisa quantitativa e foi feita orientada pelos conceitos da pesquisa qualitativa, também segundo TURATO (2004).

As visitas foram autorizadas pelos Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios, pelos gerentes dos CEOs, responsáveis pelos centros de saúde e proprietários das clínicas privadas, prestadoras de serviços aos municípios supracitados. Nesta oportunidade, pôde-se observar os relacionamentos pessoais, a ergonomia profissional, o fluxo de pacientes, o desenrolar dos serviços, além da forma com que se dava o relacionamento da unidade com a rede básica de saúde local. Pudemos também travar contatos pessoais com pacientes ortodônticos, Técnicos em Higiene Dental (THDs), Técnicos em Prótese Dentária (TPDs), Auxiliares de Consultório Dentário (ACDs), com os gerentes e Gestores, Coordenadores, Prefeitos e até Secretários Estaduais de Saúde. O contato multidirecional com os atores, nesta questão, contribuiu sensivelmente para o enriquecimento da investigação.

Os detalhes que reportam as experiências, provenientes dessa observação, revelaram com grande clareza a descrição do processo com que se desenvolvem as ações mostradas pelos dados quantitativos. Subsidiou-se assim os dados mensuráveis colhidos na primeira fase do trabalho, revelando com maior riqueza o teor das respostas obtidas numa tentativa de perceber o processo social envolvido na coleção de dados numéricos, levando-se em consideração que: “os números não existem por si sós, mas estão associados ao contexto social e histórico que os gerou” (BOGDAN et al., 1994, p. 196).

#### *4.1.6 Descrição das ações ortodônticas observadas nos modelos de atenção*

Nesta fase foram feitos os relatos referentes ao que foi observado nas visitas aos CEOs de Caçador (SC) e Fortaleza (CE), e também citados os produtos finais das visitas aos serviços terceirizados de Angra dos Reis (RJ) e Duque Caxias (RJ).

## **4.2 Resultados**

Os resultados da pesquisa estão dispostos em quatro grandes blocos dispostos a seguir:

### *4.2.1 Os municípios e os estabelecimentos públicos de Saúde Bucal que oferecem assistência Ortodôntica*

Foram encontrados 42 EPSBs nos quais há atendimento em Ortodontia presentes em 39 diferentes municípios brasileiros. As FIGURAS de 1 a 5 ilustram a localização desses municípios. O objetivo desta exibição foi conceder um panorama da distribuição assistencial ortodôntica pelo país, mostrando sua heterogeneidade regional e geográfica.

As TABELAS de 1 a 5 mostram o resultado, separado por região geográfica do Brasil, das investigações sobre a localização dos serviços públicos de saúde que oferecem tratamento ortodôntico. Por serem majoritariamente as instituições que prestam o referido serviço, os números relativos aos CEOs foram informados em separado. O número de CEOs dos estados é o de abril de 2008, podendo apresentar variações *vis-à-vis* ao crescente número de habilitações que vêm ocorrendo. Os dados foram fornecidos via e-mail, por 22 CESBs. As CESBs de Rondônia e do Maranhão não responderam aos contatos, e os dados referentes àqueles estados foram obtidos através do CNES. As CESBs do estado do Rio de Janeiro e sua contraparte de Minas Gerais, dada à facilidade de acesso, foram contatadas pessoalmente. Os dados do estado de São Paulo foram obtidos por busca ativa no CNES e por contatos junto às

Secretarias Municipais de Saúde dos municípios que apresentavam CEOs, uma vez que a CESB do estado informou desconhecer informações referentes à presença de tratamento ortodôntico na rede pública de assistência à saúde daquele estado (ANEXO 2). Por isso, não se descarta a possibilidade da existência, no estado de São Paulo, de outros centros que não são CEOs, mas que oferecem Ortodontia e não foram detectados pela pesquisa.

A CNSB do MS também foi contatada, ocasião em que se inquiriu sobre o rol dos centros de saúde bucal ao longo do país nos quais as práticas ortodônticas aconteciam. Curiosamente, a CNSB, departamento do MS que contribui na concepção e na gerência das políticas públicas de saúde bucal no Brasil, ainda desconhece quantos e quais as instituições de saúde pública brasileiras fornecem atendimento ortodôntico à população (ANEXO 1). A mesma coordenação justifica no documento supracitado a ausência de informações no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) sobre procedimentos na área de Ortodontia, uma vez que os procedimentos desta especialidade não estão ainda incluídos na gama de atuação dos CEOs, de maneira normativa<sup>13</sup>. Isso também vem a justificar a grande dificuldade de obtenção junto ao CNES/DATASUS das informações sobre procedimentos ortodônticos realizados no SUS, assim como em se conhecer os centros de saúde e os municípios que oferecem o serviço.

A TABELA e a FIGURA 1 mostram a distribuição dos EPSBs na Região Norte; em quantos deles é realizado atendimento ortodôntico, o número de CEOs do estado assim como os municípios nos quais estes se encontram. Todos os serviços ortodônticos públicos da Região Norte, a menos populosa do país, estão alocados em CEOs. A mesma região apresenta 33 CEOs, sendo que apenas os localizados em Belém (PA) e Araguaína (TO) oferecem tratamento ortodôntico interceptativo. As cidades de Rio Branco (AC) e Macapá (AP) e não foram incluídas na pesquisa qualitativa da também possuem CEOs que atendem a pacientes fissurados e não foram incluídas na pesquisa qualitativa dadas às grandes diferenças existentes entre a terapia ortodôntica convencional e aquela destinada a pacientes especiais, no caso, os fissurados.<sup>14</sup> No estado do Amazonas, na cidade de Manaus, embora o serviço

---

<sup>13</sup> Em Outubro de 2008, por ocasião do Simpósio intitulado “Ortodontia no SUS”, durante o ORTO-2008, o representante do Ministério da Saúde Dr. Renato Takeo Ishigami reafirmou a ausência de dados sobre o atendimento ortodôntico no SUS e reiterou que essa assistência é limitada a pacientes com fissuras lábio-palatais (ISHIGAMI, 2008).

<sup>14</sup> Para que esse tipo de atendimento seja realizado há a necessidade de uma equipe multidisciplinar compostas de cirurgiões plásticos, fonoaudiólogos, psicólogos além de um protocolo de atendimento diferenciado, o que requer uma outra postura do MS conforme regulamenta a Portaria n.62 GM/MS de 19 de abril de 1994 (BRASIL, 1994), frente a estes, afastando-os do escopo da presente pesquisa.

É importante salientar, ainda, que existem grandes centros de referência para tratamento de fissurados localizados nas cidades de Bauru (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Belo Horizonte (MG). No entanto esses serviços

ainda não esteja implantado, há a eminência de instalação de um CEO III (CEO- Oeste), que irá oferecer tratamento ortodôntico.

---

não se localizam em Centros Ambulatoriais de Saúde Bucal, sendo em grandes Hospitais dotados de recursos Humanos qualificados para atender a uma imensa gama de pacientes, que são, inclusive, referenciados de todo o país.

Tabela 1 - Distribuição, por Unidade Federativa (UF), de EPSBs que oferecem tratamento ortodôntico na Região Norte

UF	Número de CEOs	N. de Serviços Públicos de Ortodontia	Município	Prestador do serviço
Acre	02	0		
Amazonas	06	0		
Amapá	02	0		
Pará	09	1	1 Belém	CEO
Rondônia	07	0		
Roraima	01	0		
Tocantins	07	1	2 Araguaína	CEO
Total	33	2		

Fonte:Coordenação de Saúde Bucal dos estados: AC, AM, PA, RR, TO.

A CESB do estado de Rondônia não forneceu as informações que foram retiradas da página do CNES/DATASUS

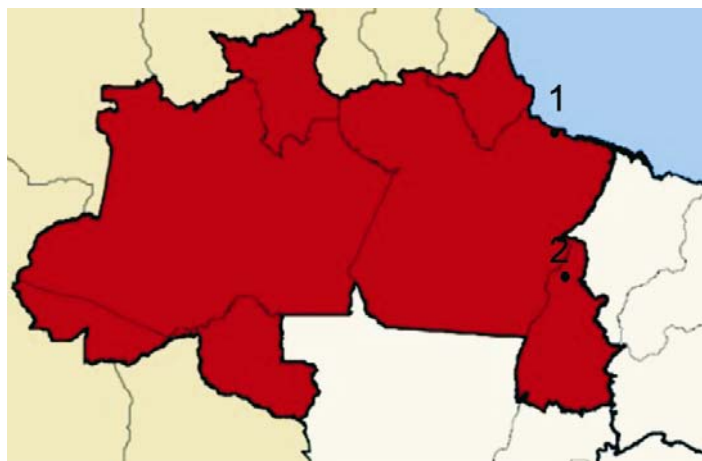


Figura 1 - Região Norte. Em destaque a localização das cidades : 1-Belém(PA) e 2- Araguaína(TO).

A TABELA 2 mostra a distribuição dos EPSBs com serviços ortodônticos na Região Sul, também ilustrada pela FIGURA 2. O município de Curitiba (PR) mantém um serviço de Ortodontia desde a década de 90, a Unidade de Saúde do Rosário, que recentemente, filiado ao “Brasil Sorridente”(PNSB), passou a ser um CEO. No mesmo município, se encontra o Centro de Atendimento Integral a Fissurados, que oferece Ortodontia somente a pacientes com fissura lábio-palatal, e pelo mesmo motivo suprajustificado foi excluído da pesquisa.

No estado do Rio Grande do Sul, segundo a Coordenação Estadual de Saúde Bucal, não há registros de CEOs ou outras unidades sanitárias estatais que realizam o tratamento ortodôntico. Portanto, é o único estado da Região Sul, uma das mais desenvolvidas do país, a não oferecer o serviço. No entanto, através de um recente contato com a Federação dos Municípios do Rio Grande do Sul, (FAMURS) foi sabido que já se encontram em processo de instalação serviços semelhantes em CEOs dos municípios gaúchos de Bagé, Panambi e Uruguaiana. Destaque também para a Universidade Federal de Pelotas (UFPel) que oferece o referido tratamento a pacientes carentes de forma gratuita em sua policlínica odontológica.

Ainda nos remetendo a Região Sul do Brasil, enfocando o estado de Santa Catarina, foi localizado um CEO, no município de Caçador, pioneiro na categoria, a atender à população com serviços de Ortodontia. É um CEO tipo I e o único do estado a oferecer tratamento das más oclusões.

Tabela 2 - Distribuição, por Unidade Federativa (UF) de EPSBs que oferecem tratamento ortodôntico na Região Sul

UF	Número de CEOs	N. de Serviços Públicos de Ortodontia	Município	Prestador do Serviço
Paraná	38	1	1 Curitiba	CEO- Rosário
		1	2 Paranaíba	CEO- Consórcio Paranaíba
Santa Catarina	28	1	3 Caçador	CEO-1
Rio G. Do Sul	15	0		
Total	81	3		3

Fonte: Coordenação de Saúde Bucal dos estados PR, RS e SC.



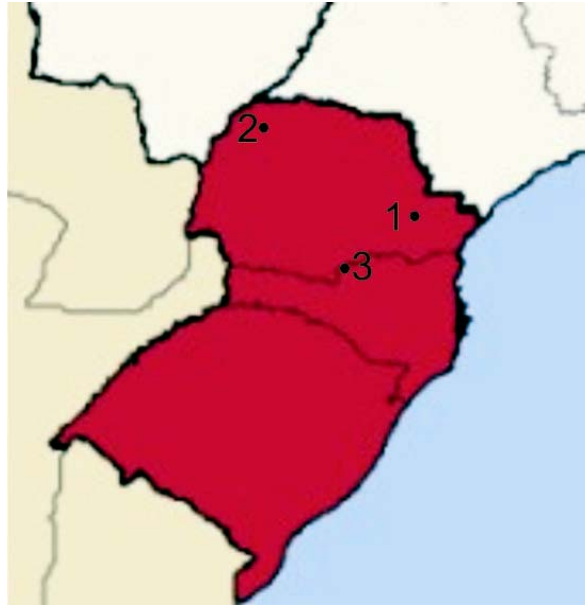


Figura 2- Região Sul. Em destaque localização das cidades: 1- Curitiba(PR); 2- Paranaíba(PR) e 3- Caçador(SC).

Dos 64 centros públicos de saúde Bucal do Distrito Federal, sete são CEOs, porém nenhum desses oferece tratamento corretivo dento-facial (TABELA 3). No estado do Mato Grosso do Sul, onde havia até março de 2008, 11 unidades em funcionamento e mais cinco em fase de implantação, também não há registro de serviços ortodônticos em estabelecimentos públicos de saúde. Na cidade de Goiânia (GO) há o registro de ações ortodônticas em um CEO. Porém, em um outro esse tipo de atenção é unicamente destinado a pacientes com fissura lábio-palatal. Trata-se do Centro Estadual de Referência para Fissurados (CERFIS) que funciona em anexo ao Hospital Materno-infantil daquela cidade. Pelos motivos já citados, o CERFIS não foi incluído na pesquisa (FIGURA 3).

Tabela 3 - Distribuição, por Unidade Federativa (UF) de EPSBs que oferecem tratamento ortodôntico na Região Centro-Oeste

UF	Número de CEOs	N. de Serviços Públicos de Ortodontia	Município	Prestador do serviço
		1	1 Goiânia	CEO
Goiás	16	1	2 Rio Verde	CEO
		1	3 Uruaçu	CEO
D. Federal	07	0		
Mato Grosso	05	1	4 Cuiabá	CEO
Mato G. Sul	11	0		
Total	39	4		

Fonte: CESB dos estados de DF, GO, MS e MT.



Figura 3 - Região Centro Oeste. Em destaque a localização das cidades: 1- Goiânia; 2- Rio Verde e 3- Uruaçu (GO) e 4- Cuiabá (MT).

Na região Sudeste está concentrado o segundo maior contingente de CEOs da federação e o maior número de estabelecimentos com serviços ortodônticos. São Paulo, com 95 centros e 11 serviços de Ortodontia, lidera este rol (TABELA 4 e FIGURA 4) como o integrante da federação com a maior presença desta especialidade em sua malha pública de assistência. Merece aqui destaque Ribeirão Preto, onde a Prefeitura Municipal celebrou um convênio com a Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP) que abriga um CEO co-financiado pelo município e pelo estado. O estado do Rio de Janeiro apresenta quatro serviços

ortodônticos a menos que o estado de São Paulo, relativo a um total de 39 CEOs. Em Minas Gerais, estado detentor do segundo maior agrupamento de CEOs do Brasil, foram detectados 2 serviços ortodônticos públicos apenas, localizados no município de Itabirito, na região central mineira, e em Belo Horizonte, a capital do estado.

Em Duque de Caxias (RJ), registra-se a presença de dois CEOs, e o município inclusive foi considerado, modelo em atenção odontológica, ganhando o prêmio “Brasil Sorridente” oferecido pelo CFO em parceria com o MS em 2007. Porém, neste município, o atendimento ortodôntico não é realizado diretamente nesses estabelecimentos, e sim de forma terceirizada através de contrato da prefeitura local com uma clínica ortodôntica privada. Modelo esse presente também em Angra dos Reis (RJ) e Arapiraca (AL). A pesquisa, então, incluiu dados desses serviços, como será visto ainda neste capítulo, uma vez que se trata de um atendimento ortodôntico público.

Uma outra particularidade da Região Sudeste é o município de Colatina (ES) onde há um estabelecimento público de saúde pertencente ao estado e que mesmo não sendo um dos 11 centros de especialidades do Espírito Santo está oferecendo Ortodontia à clientela, o que o habilitou a ser incluído no trabalho de pesquisa.

Tabela 4 - Distribuição, por Unidade Federativa (UF) de EPSBs que oferecem tratamento ortodôntico na Região Sudeste

UF	Número de CEOs	N. de Serviços Públicos de Ortodontia	Município	Prestador do Serviço
Esp. Santo	11	1	1 Colatina	CRE
		1	2 Belo Horizonte	CEO-Policlínica Centro-sul
Minas Gerais	60	1	3 Itabirito	CEO
		1	4 Angra dos Reis	Clínica Conveniada
		1	5 Paraíba do Sul	CEO
		1	6 Duque de Caxias	Clínica Conveniada
Rio de Janeiro	39	1	7 Mangaratiba	CEO
		1	8 Natividade	CEO
		2	9 Rio de Janeiro	CEO- Tijuca CEO-Del Castilho
		1	10 Itapira	CEO
		1	11 Jales	CEO
		1	12 Leme	CEO
		1	13 Mairiporã	CEO
		1	14 Osasco	CEO
São Paulo	95	1	15 Piraju	CEO
		1	16 Ribeirão Preto	CEO-USP
		1	17 Rio Claro	CEO
		3	18 São Paulo	CEO-Humaitá CEO-Pirituba CEO-H. Nastari
<b>Total</b>	<b>215</b>	<b>21</b>		

Fonte: CESB dos estados: ES, MG, RJ.

A CESB do estado de São Paulo desconhece as informações referentes ao tratamento Ortodôntico público no estado. Essas foram obtidas na página do CNES/DATASUS e através de busca ativa a todas as localidades que apresentavam CEOs.

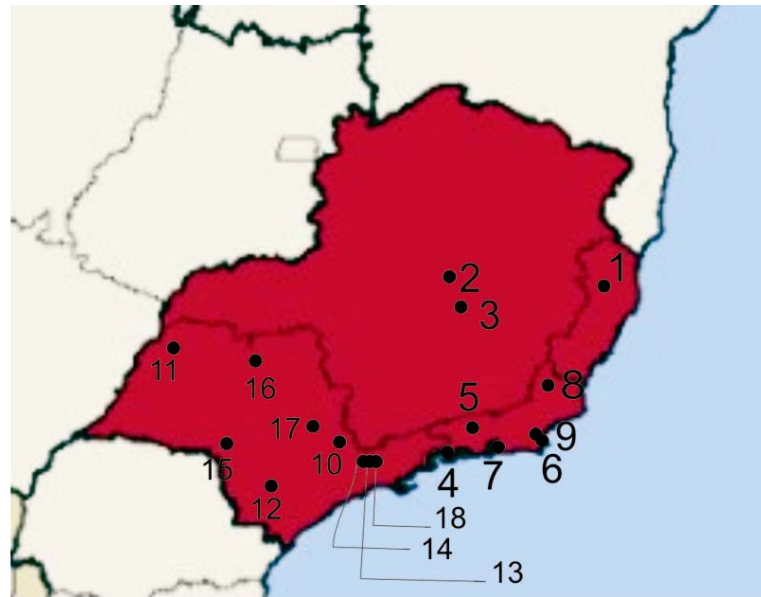


Figura 4 - Região Sudeste. Em destaque localização das cidades: 1 - Colatina(ES); 2 - Belo Horizonte e 3- Itabirito (MG); 4- Angra dos Reis; 5- Parafba do Sul, 6- Duque de Caxias, 7- Mangaratiba,8 - Natividade, 9 - Rio de Janeiro (RJ); 10 - Itapira, 11- Jales, 12- Leme, 13- Mairiporã, 14 - Osasco, 15 - Piraju, 16- Ribeirão Preto, 17- Rio Claro e 18- São Paulo (SP).

Analisando a TABELA 5 nota-se que na Região Nordeste está o maior número de CEOs do Brasil, no entanto, o montante desses estabelecimentos que atendem a pacientes ortodônticos ainda é pequeno se comparado ao total, mas a distribuição dessas unidades ao longo da região é bastante pulverizada. Dos nove estados da Região apenas dois ainda não registram a presença da Ortodontia em níveis públicos: o Maranhão e o Rio Grande do Norte.

Remetendo ao estado do Ceará, é digno de nota que o município de Sobral, recentemente, inaugurou um CEO que, em breve, oferecerá serviços ortodônticos, elevando para quatro o número de estabelecimentos neste seletor grupo de prestadores públicos de serviços de saúde no estado.

No município de Fortaleza (CE), está localizado o Centro Especializado de Odontologia (CEO-Centro) primeiro centro de especialidades instalado no Brasil.<sup>15</sup> Este CEO não é credenciado à PNSB, sendo de responsabilidade do estado do Ceará que financia as ações aí desenvolvidas.

O CEO de Arapiraca (AL) ainda não opera em sua capacidade total e o município, conforme informação da Divisão Estadual de Saúde Bucal, oferece um serviço ortodôntico incipiente em uma modalidade singular: a terceirização dos serviços. Nesta, profissionais

<sup>15</sup> O Centro Especializado de Odontologia de Fortaleza completou 40 anos de fundação, e segundo declarações da CESB e da Diretora Geral do estabelecimento, esta foi a primeira unidade pública de saúde do Brasil a oferecer tratamento odontológico puramente especializado.

credenciados ao município atendem aos pacientes do SUS em seus próprios consultórios. A pronta instalação do CEO fará com que o atendimento ortodôntico passe a ser realizado em seus domínios, por uma equipe diretamente vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Em abril de 2008, foi instalado na cidade de Piripiri (PI), um serviço ortodôntico público. Este serviço é oferecido em um CEO e, embora o único do estado a fazê-lo, reforça o enaltecimento à saúde bucal daquele município, conforme o Jornal do CFO de Outubro do corrente ano (CFO, 2008c).

Tabela 5 - Distribuição, por Unidade Federativa (UF) de EPSBs que oferecem tratamento ortodôntico na Região Nordeste

UF	Número de CEOs	N. de Serviços Públicos de Ortodontia	Município	Prestador do Serviço
Alagoas	11	1	1 Arapiraca	Profissionais Credenciados
Bahia	42	1	2 Juazeiro	CEO
		1	3 Vitória da Conquista	CEO
		3	4 Fortaleza	Centro Especializado de Odontologia (CEO-Centro)
Ceará	51	1	5 S. Gonçalo do Amarante	CEO
		1	6 Tauá	CEO
Maranhão	21	0		
Pernambuco	30	1	7 Brejo da Madre de Deus	CEO
		1	8 Palmares	CEO
Piauí	17	1	9 Piripiri	CEO
Paraíba	28	1	10 João Pessoa	CEO
		1	11 Sumé	CEO
Rio G.do Norte	19	0		
Sergipe	03	1	12 Nossa Sra. do Socorro	CEO
Total	222	10		

Fonte: Coordenações Estaduais de SB dos estados de: AL, BA, CE, MA, PB, PE, PI, RN, SE.

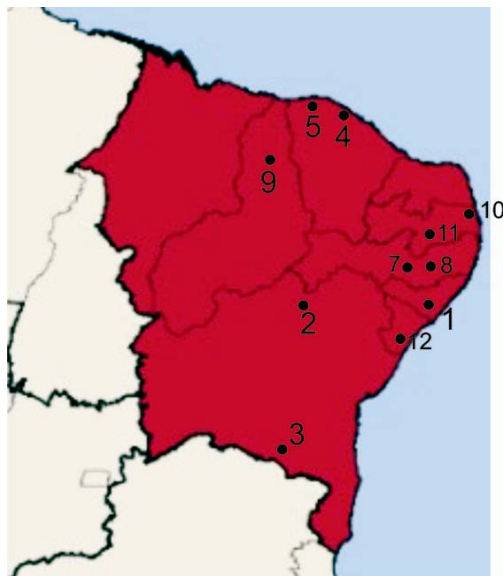


Figura 5 - Região Nordeste. Em destaque a localização das cidades: 1-Arapiraca (AL); 2-Juazeiro e 3- Vitória da Conquista (BA); 4-Fortaleza, 5- São Gonçalo do Amarante, 6- Tauá (CE); 7-Brejo da Madre de Deus, 8 - Palmares (PE); 9- Piriipiri (PI); 10- João Pessoa, 11- Sumé (PB) e 12- Nossa Senhora do Socorro (SE).

Foram detectados também serviços de Ortodontia em fase de implantação em algumas cidades (QUADRO 2). Esses municípios não foram incluídos no estudo pela incipiência dos serviços, que ainda não tinham início até a finalização desta pesquisa. Que se pese também que, mesmo realizando uma busca criteriosa para detecção desses centros públicos de atendimento ortodôntico, é possível que existam ainda poucos outros exemplares cujo rastreamento não se tornou possível.

Quadro 2 - Estados e municípios nos quais se localizarão serviços ortodônticos oferecidos por CEOs em fase de implantação

Estado	Município
Amazonas	Manaus
Minas Gerais	Belo Horizonte (CEOs que funcionarão nas três faculdades de Odontologia da cidade; PUC-Minas, UFMG e Newton Paiva)
Pernambuco	Cabo de Santo Agostinho
Rio Grande do Sul	Bagé Panambi Uruguaiiana

FONTE: Elaboração Própria.



Dos 42 estabelecimentos encontrados na pesquisa, cinco não são CEOs instalados pela PNSB: o CRE (Centro de Referência Especializada) de Colatina (ES) e o CEO-Centro (Centro Especializado de Odontologia) de Fortaleza (CE). Além deles os serviços de ortodontia de Angra dos Reis (RJ), Duque de Caxias (RJ) e Arapiraca (AL), caracterizados pela parceria público-privado. O GRÁFICO 1 agrupa esses serviços públicos de Ortodontia em: CEOs e outros EPBSs.

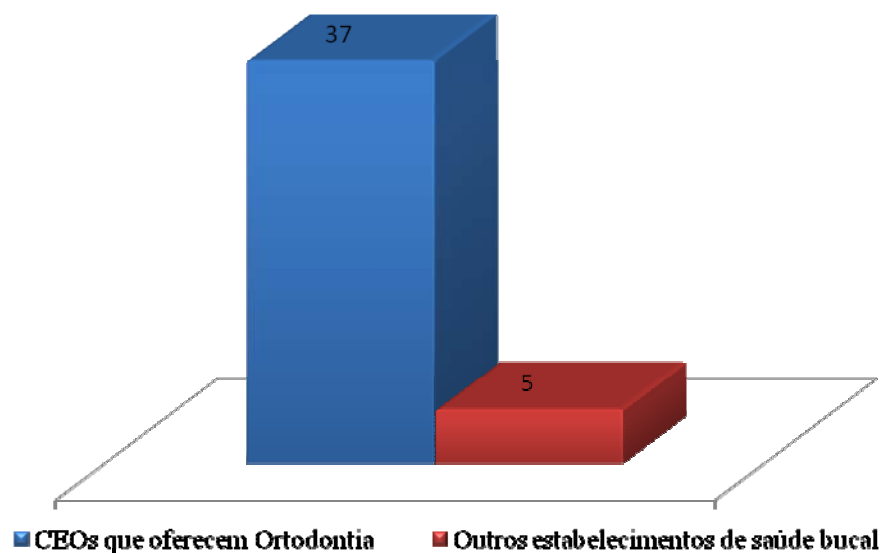


Gráfico 1 - Distribuição dos Serviços Públicos de Ortodontia no Brasil, oferecido por CEOs ou por outros EPBSs

A evolução da assistência ortodôntica pública no Brasil ao longo dos últimos anos está demonstrada no GRÁFICO 2. Dos 42 centros de saúde que oferecem serviços de correção dentária de maneira universal, três já o faziam, mesmo antes da criação dos CEOs. Em Paranavaí (PR) uma unidade municipal de Saúde Bucal atendia, desde 1993, a pacientes ortodônticos. Esta passou a ser um CEO em 2004, o mesmo acontecendo com a Clínica do Rosário em Curitiba (PR), segundo a CESB-PR. O Instituto Oscar Clarck sito na cidade do Rio de Janeiro seguiu um caminho semelhante. Oferecendo o serviço desde a década de 90, se tornou um Centro de Especialidades com o advento da nova política. O Centro Especializado de Odontologia de Fortaleza (CE) que oferece ações ortodônticas desde 1997, não se credenciou à PNSB, permanecendo sob a administração do estado do Ceará.

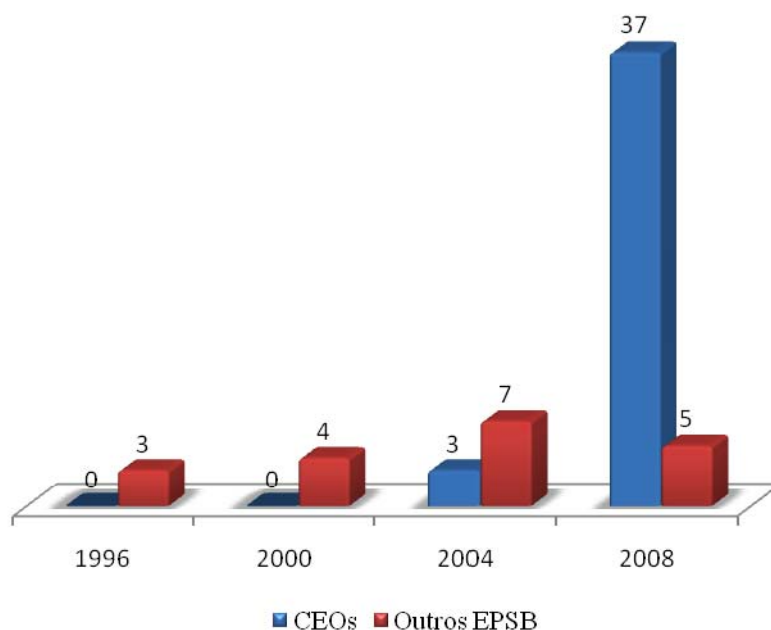


Gráfico 2 - Evolução no número de CEOs e demais EPSB, com prestação de serviços ortodônticos, ao longo dos últimos 12 anos.

#### 4.2.2 Perfil dos municípios que oferecem tratamento ortodôntico em sua rede assistencial

Para uma melhor compreensão do contexto em que se processou a incorporação da Ortodontia pelo SUS e para o completo conhecimento do cenário em que essas atividades tiveram e ainda têm lugar, tornou-se imperativo o estudo conjuntural dos municípios nos quais a odontologia pública assume posições de vanguarda. Neste sentido, os dados a seguir, se referem às 39 cidades onde estão contidos os 42 estabelecimentos de saúde oferecendo algum tipo de atendimento ortodôntico público.

Analisando a importância regional das cidades envolvidas no estudo, segundo critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008 a), evidenciou-se que (n=7) desses centros são metrópoles com influência regional, ultrapassando as fronteiras dos estados nos quais se localizam (São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Goiânia, Belém, Curitiba, e Fortaleza).

No grupo dos municípios com influência estadual estão duas capitais de estados: João Pessoa (PB) e Cuiabá (MT), além de Duque de Caxias (RJ) e Osasco (SP), que estão inseridas em duas regiões metropolitanas do Rio de Janeiro e São Paulo, respectivamente. Essas duas últimas, apesar de exercerem grande influência nas respectivas microrregiões, o fazem em um plano secundário, dada a proximidade dos centros mais desenvolvidos.

Quase um terço dos municípios incluídos no estudo é composto de pequenas cidades, sem influência até mesmo em um nível microrregional. Exercendo certa abrangência seja ela em um âmbito mesorregional ou em uma escala microrregional, encontramos respectivamente oito e sete municípios quais sejam: Arapiraca (AL); Araguaína (TO); Colatina (ES); Juazeiro (BA); Rio Verde (GO); Ribeirão Preto (SP) e Vitória da Conquista (BA), compondo o primeiro grupo e Angra dos Reis (RJ); Jales (SP); Paranavaí (PR); Palmares (PE); Piriapiri (PI); Rio Claro (SP); São Gonçalo do Amarante (CE) e Uruaçu (GO), compondo o segundo (GRÁFICO 3).

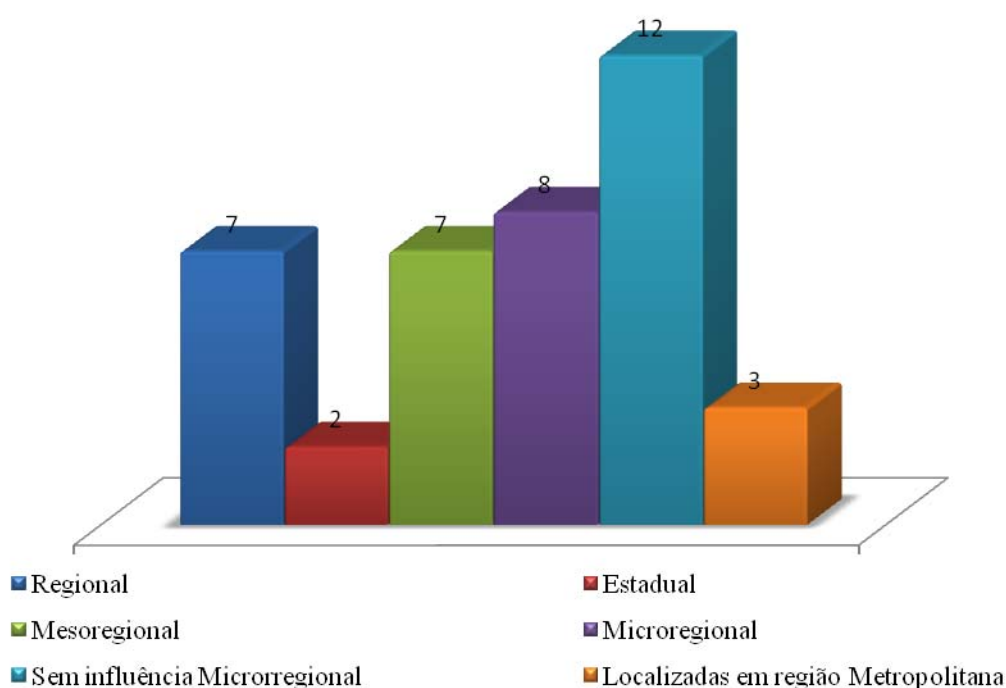


Gráfico 3 - Distribuição dos municípios do estudo de acordo com sua influência regional.

Os grandes centros com influência extra-estaduais são as cidades: i) São Paulo e Rio de Janeiro (RJ) e Belo Horizonte (MG) que são as principais cidades brasileiras, cuja importância é relevante não só para o Sudeste brasileiro, mas para o Brasil como um todo; ii) Fortaleza (CE) que exerce importante influência na Região Nordeste do país, além do estado do Ceará; iii) Belém (PA) a mais importante cidade da Região Norte do Brasil, sendo referência naquela região em termos generalizados como economia, comércio, turismo e saúde; iv) Goiânia (GO), outra grande capital com penetração política e econômica em todo o Centro-Oeste nacional. E, representando a região Sul do Brasil, v) a metrópole de Curitiba (PR) cuja importância, também por sua localização estratégica, sendo a mais próxima capital do Sul em relação a outras metrópoles do sudeste, vai além do estado do Paraná.

As cidades de Cuiabá (MT) e João Pessoa (PB) são as respectivas capitais dos estados de Mato Grosso e da Paraíba, sendo também a referência para seus estados. A influência mesorregional é exercida por sete cidades de médio e grande porte incluídas na pesquisa. Elas estão mostradas no QUADRO 3 juntamente com a mesorregião da qual são o mais importante centro urbano.

O noroeste do estado do Tocantins tem como principal cidade Araguaína, segunda cidade do estado em importância e cidade pólo da mesorregião destacada. Juntamente com a capital Palmas apresenta um grande território sob sua influência. Outro caso de uma grande abrangência de um município do estado é visto no noroeste do estado do Espírito Santo, uma das quatro mesorregiões do estado, que tem como principal cidade o município de Colatina.

O estado de Goiás é dividido em cinco mesorregiões geográficas e 20 microrregiões. O município de Rio Verde, localizado no Sul Goiano, é a principal cidade da mesorregião. O estado da Bahia que está dividido em sete mesorregiões possui duas grandes cidades com influência em dois desses supracitados territórios: Juazeiro, principal cidade do Vale do São Francisco da Bahia e Vitória da Conquista, município que abrange a mesorregião do Centro-Sul baiano.

Quadro 3 - Distribuição dos centros urbanos com influência mesorregional e sua respectiva mesorregião de abrangência.

<b>Município</b>	<b>Mesorregião Geográfica</b>
Arapiraca (AL)	Agreste Alagoano
Araguaína (TO)	Noroeste do estado
Colatina (ES)	Noroeste do estado
Juazeiro (BA)	Vale do S. Francisco da Bahia
Rio Vede (GO)	Sul Goiano
Ribeirão Preto (SP)	Ribeirão Preto
Vitória da Conquista (BA)	Centro-Sul baiano

Fonte: Elaboração própria a partir de IBGE (2008)

O estado do Paraná está dividido em 10 mesorregiões e no Noroeste do mesmo, sediando sua microrregião, está a cidade de Paranavaí. A microrregião do Baixo Parnaíba Piauiense, localizada em uma das quatro mesorregiões do Piauí, o Norte do estado, tem como principal município Piriapiri, que assume a condição de cidade pólo microrregional.

Além da capital Fortaleza, o estado do Ceará apresenta outros dois municípios com atenção ortodôntica em seu rol de ações, Tauá e São Gonçalo do Amarante, cidade pólo da microrregião do Baixo Curu, inserida na macrorregião administrativa do estado, denominada “Litoral Oeste”.

Os municípios da pesquisa que exercem influência microrregional estão mostrados no QUADRO 4 juntamente às suas regiões geopolíticas.

Quadro 4 - Disposição dos municípios que detêm influência microrregional.

<b>Município</b>	<b>Microrregião</b>	<b>Mesorregião</b>
Angra dos Reis (RJ)	Costa Verde	Médio Paraíba
Jales (SP)	Jales	S. J. Rio Preto
Paranavaí (PR)	Paranavaí	Noroeste do Paraná
Palmares (PE)	Meridional Pernambucana	Zona da Mata
Piripiri (PI)	Baixo Parnaíba Piauiense	Norte piauiense
Rio Claro (SP)	Rio Claro	Piracicaba
S. Gonçalo do Amarante (CE)	Baixo Curu	Litoral Oeste
Uruaçu (GO)	Porangatu	Norte Goiano

Fonte: Elaboração própria a partir de IBGE (2008)

Constituindo o maior contingente de municípios da pesquisa, aqueles sem influência regional representaram quase um terço (n=12) do universo em estudo. Os referidos municípios estão contidos no QUADRO 5 seguidos da região onde se localizam, além da cidade pólo da mesma.

Quadro 5 - Municípios sem influência microrregional, sua microrregião de inserção, e a cidade pólo da mesma.

<b>Município</b>	<b>Microrregião</b>	<b>Cidade Pólo</b>
Brejo da Madre de Deus (PE)	Vale do Ipojuca	Caruaru
Caçador (SC)	Joaçaba	Oeste Catarinense
Itabirito (MG)	Ouro Preto	Central
Itapira (SP)	Mogi Mirim	Campinas
Leme (SP)	Limeira	Piracicaba
Mairiporã (SP)	Franco da Rocha	Franco da Rocha
Natividade (RJ)	Itaperuna	Noroeste Fluminense
Mangaratiba (RJ)	Itaguaí	Metropolitana
Paraíba do Sul (RJ)	Três Rios	Três Rios
Piraju (SP)	Ourinhos	Ourinhos
Sumé (PB)	Cariri Oriental	Borborema
Tauá (CE)	Sertão do Inhamus	Sertão Cearense

Fonte: Elaboração própria a partir de IBGE(2008)

Um breve estudo da população, referente ao número de habitantes, distribuição etária e alguns aspectos das condições de vida (Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Produto Interno Bruto (PIB) e PIB *per capita*) foi feito. E para uma melhor compreensão dos dados, os municípios foram agrupados de acordo com a população residente em seus domínios territoriais, conforme mostrado abaixo:

- Municípios com população acima de 500 mil habitantes;
- Municípios com população entre 100 e 500 mil habitantes;
- Municípios com população entre 50 e 100 mil habitantes;
- Municípios com população entre 20 e 50 mil habitantes;
- Municípios com população entre 10 e 20 mil habitantes;

Essa classificação obedece a critérios da Fundação João Pinheiro (2008), porém para uma maior facilidade na exposição os municípios da pesquisa ainda foram classificados em uma categoria: “metrópoles regionais”, constituindo um grupo à parte.

O GRÁFICO 4 mostra o agrupamento dos municípios envolvidos no estudo de acordo com a população residente no mesmo. É bastante nítida a maior presença de unidades

públicas de saúde oferecendo Ortodontia localizadas em cidades de médio e grande porte, assim como em grande capitais, com populações entre 100 e 500 mil habitantes. Já as cidades compreendidas nos blocos populacionais de 20 a 50 e de 50 a 100 mil habitantes correspondem a 40% (n-16) de municípios constituintes do universo da pesquisa.

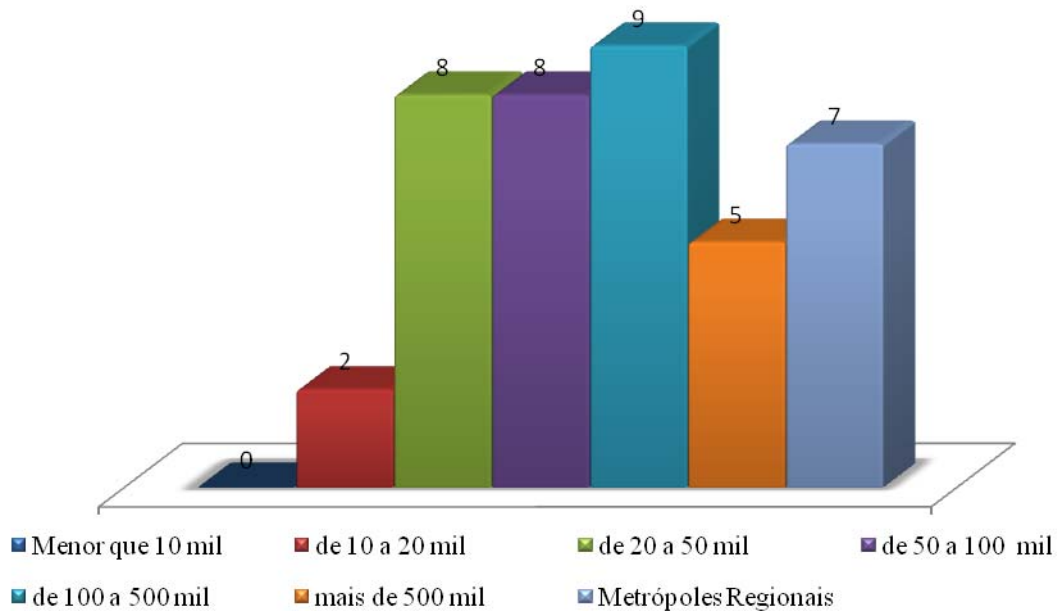


Gráfico 4 - Distribuição dos municípios do estudo segundo a população em n. de habitantes

De acordo com a TABELA 6, aproximadamente 18% (n=7) das cidades estudadas são grandes capitais brasileiras. Fortaleza é o município que apresenta o maior percentual de crianças e adolescentes (20% do total da população), enquanto a cidade do Rio de Janeiro apresenta um percentual de 14% para o mesmo grupo populacional.



Tabela 6 - Distribuição populacional, percentual de crianças e adolescentes com idade entre 5 e 14 anos ( em relação à população total) e número total de pacientes ortodônticos do SUS das metrópoles regionais.

<b>Município</b>	<b>População Total*</b>	<b>Faixa etária de 05 a 14 anos (%)**</b>	<b>Estimativa de população atendida até 2008 (n)***</b>
Belém (PA)	1.428.852	244.454 (17)	800
Belo Horizonte (MG)	2.424.295	395.480(16)	500
Curitiba (PR)	1.788.559	266.536 (15)	100
Fortaleza (CE)	2.416.920	478.808 (20)	2.500
Goiânia GO)	1.220.412	184.580(15)	Não informado
Rio de Janeiro (RJ)	6.136.652	879.251(14)	500
São Paulo (SP)	11.104.712	1.823.414(16)	Não disponível

\* Fonte: IBGE(2008) referente ao Censo de 2007\*\* Fonte: (BRASIL 2008b) DATASUS-dados referentes à população estimada para o ano de 2007.\*\*\* Fonte: dados fornecidos diretamente pelos CMSB dos municípios envolvidos na pesquisa ou pelos gerentes dos centros de saúde incluídos no estudo.

Na análise da TABELA 7 observa-se uma grande representatividade da faixa etária entre cinco e 14 anos em todos os municípios arrolados na mesma. Nesta citada faixa etária, o percentual mais representativo, quando comparado à população total, se encontra em Osasco (SP) perfazendo um total de 24% dos habitantes da cidade. Outro destaque é o grande número de pacientes em tratamento ortodôntico financiado pelo SUS, no município de Duque de Caxias (RJ), atingindo 2.300 usuários.

Tabela 7 - Distribuição populacional, percentual de crianças e adolescentes com idade entre 5 e 14 anos (em relação à população total) e número total de pacientes ortodônticos do SUS das cidades com população acima de 500 mil habitantes.

<b>Município</b>	<b>População Total*</b>	<b>Faixa etária de 05 a 14 anos(%)**</b>	<b>Estimativa de população atendida até 2008 (n)***</b>
Cuiabá (MT)	545.061	97.312(17)	250
Duque de Caxias (RJ)	855.063	146.138(17)	2.300
João Pessoa (PB)	674.762	113.393(20)	270
Osasco (SP)	701.012	173.533(24)	300
Ribeirão Preto (SP)	567.917	96.452(17)	Não disponível

\* Fonte: IBGE (2008) referente ao Censo de 2007\*\* Fonte: Brasil (2008b) - DATASUS - dados referentes à população estimada para o ano de 2007.\*\*\* Fonte: dados fornecidos diretamente pelos CMSB dos municípios envolvidos na pesquisa pelos gerentes dos centros de saúde incluídos no estudo.

Juntas as cidades com população entre 50 e 500 mil habitantes respondem por mais de 43% (n=17) dos municípios em que a Ortodontia se faz presente no SUS. Deste total, 20,5% (n=8) tem sua população entre 50 e 100 mil habitantes. É importante observar que o número de pacientes atendidos pelo serviço tem grande variação entre as cidades. Já os relativos à clientela atendida em Arapiraca (AL), Rio Verde (GO) e Vitória da Conquista (BA) não estão presentes, pois como se verá posteriormente, os CEOs desses municípios não participaram da pesquisa. O mesmo ocorrendo com Piriapiri (PI), Tauá (CE) e Itapira (SP) cujos números também não foram informados (TABELAS 8 e 9).

Tabela 8 - Distribuição populacional, percentual de crianças e adolescentes com idade entre 5 e 14 anos (em relação à população total) e número total de pacientes ortodônticos do SUS das cidades com população entre 100 e 500 mil habitantes.

<b>Município</b>	<b>População Total*</b>	<b>Faixa etária de 05 a 14 anos (%)**</b>	<b>Estimativa de população atendida até 2008 (n)***</b>
Angra dos Reis (RJ)	148.476	22.611(15)	800
Arapiraca (AL)	202.398	41.961(20)	Não informado
Araguaína (TO)	115.759	24.984(21)	200
Colatina (ES)	111.789	19.156(17)	610
Juazeiro (BA)	208.695	37.686(18)	250
N. S. do Socorro (SE)	148.546	30.860(20)	140
Rio Claro (SP)	185.421	28.039(15)	240
Rio Verde (Go)	136.685	23.028(17)	Não informado
V. da Conquista (BA)	290.690	52.863(18)	Não informado

\* Fonte : Fonte: IBGE (2008) referente ao Censo de 2007\*\* Fonte: Brasil (2008b) - DATASUS - dados referentes à população estimada para o ano de 2007.\*\*\* Fonte: dados fornecidos diretamente pelos CMSB dos municípios envolvidos na pesquisa pelos gerentes dos centros de saúde incluídos no estudo.

Tabela 9 - Distribuição populacional, percentual de crianças e adolescentes com idade entre 5 e 14 anos (em relação à população total) e número total de pacientes ortodônticos do SUS das cidades com população entre 50 e 100 mil habitantes.

<b>Município</b>	<b>População Total*</b>	<b>Faixa etária de 05 a 14 anos (%)**</b>	<b>Estimativa de população atendida até 2008 (n)***</b>
Caçador (SC)	72.797	12.872(17)	70
Itapira (SP)	68.187	10.785(15)	Não informado
Leme (SP)	90.027	15.563(21)	400
Mairiporã (SP)	71.754	11.597(15)	150
Palmares (PE)	56.643	12.608(21)	100
Paranavaí (PR)	79.110	13.884(16)	900
Piripiri (PI)	60.249	12.996(22)	Serviço recentemente implantado
Tauá (CE)	52.654	10.256 (20)	Não informado

\* Fonte: IBGE (2008) referente ao Censo de 2007\*\* Fonte: Brasil (2008b) - DATASUS - dados referentes à população estimada para o ano de 2007.\*\*\* Fonte: dados fornecidos diretamente pelos CMSB dos municípios envolvidos na pesquisa pelos gerentes dos centros de saúde incluídos no estudo.

Analisando a TABELA 10 é importante que se note as maiores variações intragrupo no número de pacientes atendidos nos serviços de Ortodontia. No município de Mangaratiba (RJ), por exemplo, o recém-implantado serviço de Ortodontia, datando de 2008, conta ainda com um pequeno grupo composto por 40 pacientes em tratamento, pois se trata de um projeto piloto em desenvolvimento.

Tabela 10 - Distribuição populacional, percentual de crianças e adolescentes com idade entre 5 e 14 anos (em relação à população total) e número total de pacientes ortodônticos do SUS das cidades com população entre 20 e 50 mil habitantes

Município	População Total*	Faixa etária de 05 a 14 anos (%)**	Estimativa de população atendida até 2008 (n)***
Brejo M. de Deus (PE)	40.265	8.976(22)	100
Jales (SP)	47.649	7.535(15)	300
Itabirito (MG)	42.195	7.076(17)	100
Mangaratiba (RJ)	29.253	4.499(15)	40
Paraíba do Sul (RJ)	39.988	6.386(16)	120
Piraju (SP)	28.228	5.046(18)	120
S. G. do Amarante (CE)	40.470	8.466(21)	380
Uruaçu (GO)	33.310	6.917(21)	Não Informado

Fonte: IBGE (2008) referente ao Censo de 2007\*\* Fonte: Brasil (2008b) - DATASUS - dados referentes à população estimada para o ano de 2007.\*\*\* Fonte: dados fornecidos diretamente pelos CMSB dos municípios envolvidos na pesquisa pelos gerentes dos centros de saúde incluídos no estudo.

Tabela 11 - Distribuição populacional, percentual de crianças e adolescentes com idade entre 5 e 14 anos (em relação à população total) e número total de pacientes ortodônticos do SUS das cidades com população até 20 mil habitantes.

Município	População Total*	População de 5 a 14 anos(%)**	Estimativa de população atendida até 2008 (n)***
Natividade (RJ)	15.485	2.652(17)	90
Sumé (PB)	16.456	3.124(19)	150

\* Fonte: IBGE (2008) referente ao Censo de 2007\*\* Fonte: Brasil (2008b) - DATASUS - dados referentes à população estimada para o ano de 2007.\*\*\* Fonte: dados fornecidos diretamente pelos CMSB dos municípios envolvidos na pesquisa pelos gerentes dos centros de saúde incluídos no estudo.

Nas TABELAS de 12 a 17 são mostrados alguns indicadores, econômicos e sociais, dos municípios em evidência na pesquisa.

As metrópoles regionais apresentaram um significativo IDH, todas elas com esse índice superior ou próximo ao nacional, que é de 0,800, segundo dados referentes a 2007 do

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2008). Quanto ao PIB *per capita*, a oscilação é bastante significativa, chegando a apresentar variações superiores a 100% de uma cidade em relação à outra. Pode-se ver, por exemplo, a diferença dos níveis deste indicador entre as cidades de Belém (PA) totalizando, em Reais, a quantia de R\$ 8.022 e a cidade de Curitiba (PR), que totaliza R\$16.964.

Tabela 12 - Distribuição dos valores do PIB, PIB *per capita* e IDH das metrópoles regionais em cuja rede de saúde há atendimento ortodôntico.

Município	PIB (por mil Reais)*	PIB <i>per capita</i> (em Reais)**	IDH***
Belém (PA)	11.277.415	8.022	0,806
Belo Horizonte (MG)	28.386.000	11.951	0,839
Curitiba (PR)	29.821.203	16.964	0,856
Fortaleza (CE)	19.737.557	8.309	0,786
Goiânia(GO)	13.354.065	8.992	0,832
Rio de Janeiro(RJ)	118.987.752	19.524	0,842
São Paulo (SP)	263.177.148	23.925	0,841

\* FONTE: IBGE (2008a)\*\*FONTE: IBGE(2008a)\*\*\* FONTE: IBGE(2008b) Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios( PNAD).

Os municípios da TABELA 13 apresentaram níveis mais modestos nos valores do PIB *per capita*, quando comparados às grandes metrópoles da pesquisa. Mesmo na análise intragrupo, há uma grande variação nos valores do indicador de um município em relação ao outro. Em alguns casos, essa variação supera a marca de 300% de diferença, como por exemplo, entre João Pessoa (PB) e Osasco (SP), cujos índices respectivamente foram de R\$ 7.604,00 e R\$ 25.956,00. O IDH de três das cidades classificadas na tabela também foram superiores ao nacional, ficando distoante do grupo apenas o município de Duque de Caxias (RJ), cujo índice apresenta a grandeza de 0,753.

Tabela 13 - Distribuição dos valores do PIB e PIB per capita e IDH das cidades com população acima de 500 mil habitantes em cuja rede de saúde há atendimento ortodôntico.

<b>Município</b>	<b>PIB (por mil Reais)*</b>	<b>PIB <i>per capita</i> (em Reais)**</b>	<b>IDH***</b>
Cuiabá (MT)	6.672.155	12.499	0,821
Duque de Caxias (RJ)	18.309.545	21.722	0,753
João Pessoa (PB)	5.024.604	7.604	0,783
Osasco (SP)	18.310.452	25.956	0,818
Ribeirão Preto (SP)	10.095.559	17.776	0,855

\*\* FONTE: IBGE (2008a)\*\*FONTE: IBGE(2008a)\*\*\* FONTE: IBGE(2008b) Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios( PNAD).

A disparidade entre os valores do PIB *per capita* atingiu diferenças de até 400%, no grupo da TABELA 14. Em Arapiraca (AL), o indicador é de R\$ 4.442,00 e em Rio Verde (GO), de R\$17.640,00. É importante salientar que os valores do IDH não apresentaram grandes discrepâncias dentro deste grupo de municípios, o mesmo não acontecendo em relação às cidades dos outros portes populacionais (TABELAS 15 e 16) e ainda é digno de nota que somente os indicadores de Rio Claro (SP) e Rio Verde (GO) foram superiores aos nacionais.

Tabela 14 - Distribuição dos valores do PIB e PIB *per capita* e IDH das cidades com população entre 100 e 500 mil habitantes em cuja rede de saúde há atendimento ortodôntico.

Município	PIB (em Reais)*	PIB <i>per capita</i> (em Reais)**	IDH***
Angra dos Reis (RJ)	2.445.642	17.426	0,772
Arapiraca (AL)	888.197	4.442	0,656
Araguaína (TO)	1.076.303	8.440	0,749
Colatina (ES)	1.064.547	9.633	0,773
Juazeiro (BA)	1.159.828	5.706	0,683
N. S. do Socorro (SE)	1.024.504	5.962	0,696
Rio Claro (SP)	3.203.467	17.131	0,825
Rio Verde (GO)	2.350.229	17.640	0,807
Vitória da Conquista (BA)	1.793.825	6.274	0,708

\* FONTE: IBGE (2008a)\*\*FONTE: IBGE(2008a)\*\*\* FONTE: IBGE (2008b) Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD).

As variações no IDH não foram muito grandes para as cidades distribuídas na TABELA 15, com a exceção dos valores apresentados pelos municípios de Palmares (PE), Piripiri (PI) e Tauá (CE) que respectivamente foram de 0,653, 0,641 e 0,655. No indicador renda *per capita* as diferenças entre valores apresentados pelos municípios ainda mais acentuadas, não somente em relação aos do grupo, como em relação aos outros presentes no estudo (TABELA 15).



Tabela 15 - Distribuição dos valores do PIB e PIB *per capita* e IDH das cidades com população entre 50 e 100 mil habitantes em cuja rede de saúde há atendimento ortodôntico.

Município	PIB (por mil Reais)*	PIB <i>per capita</i> (em Reais)**	IDH***
Caçador (SC)	1.027.647	14.435	0,793
Itapira (SP)	1.085.00	16.043	0,794
Leme (SP)	816.770	9.217	0,796
Mairiporã (SP)	606.424	8.336	0,803
Palmares (PE)	224.498	4.114	0,653
Paranaíba (PR)	665.623	8.458	0,787
Piripiri (PI)	125.250	2.496	0,641
Tauá (CE)	171.435	3.296	0,655

\* FONTE: IBGE (2008a)\*\*FONTE: IBGE (2008a)\*\*\* FONTE: IBGE (2008b) Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios( PNAD).

Observando-se a distribuição dos valores do PIB *per capita* nas cidades com população entre 20 e 50 mil habitantes, confirma-se uma tendência de queda deste índice em relação às cidades maiores (TABELA 16). É evidente também, nesta tabulação, o menor valor do IDH dentre todos os municípios do estudo: 0,579, referente à cidade de Brejo da Madre de Deus (PE), que também é o município de menor renda *per capita* dentre os estudados, com o valor do indicador na cifra de R\$ 2.428,00.

Tabela 16 - Distribuição dos valores do PIB e PIB *per capita* e IDH das cidades com população entre 20 e 50 mil habitantes em cuja rede de saúde há atendimento ortodôntico.

<b>Município</b>	<b>PIB (por mil Reais)*</b>	<b>PIB <i>per capita</i> (em Reais)**</b>	<b>IDH***</b>
Brejo M. de Deus (PE)	103.034	2.428	0,579
Jales (SP)	548.646	11.150	0,804
Itabirito (MG)	745.721	17.951	0,786
Mangaratiba (RJ)	302.022	8.336	0,790
Paraíba do Sul (RJ)	298.985	7.551	0,781
Piraju (SP)	280.480	9.659	0,795
S. G. do Amarante (CE)	132.327	3.344	0,639
Uruaçu (GO)	200.441	6.023	0,738

\* FONTE: IBGE (2008a)\*\*FONTE: IBGE (2008b)\*\*\* FONTE: (IBGE,2008b) Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD).

Tabela 17 - Distribuição dos valores do PIB e PIB *per capita* e IDH das cidades com população abaixo de 20 mil habitantes em cuja rede de saúde há atendimento ortodôntico.

<b>Município</b>	<b>PIB (por mil Reais)*</b>	<b>PIB <i>per capita</i> (em Reais)**</b>	<b>IDH***</b>
Natividade(RJ)	103.235	6.691	0.761
Sumé (PB)	42.613	2.903	0,658

\* FONTE: IBGE (2008a)\*\*FONTE: IBGE(2008a)\*\*\* FONTE: IBGE(2008b) Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios( PNAD).

Verificou-se o PIB *per capita* de cada cidade estudada (GRÁFICO 5) tendo como parâmetro o PIB *per capita* nacional equivalente a R\$ 11.658,00 e com isso foi possível discernir com maior clareza a posição do quantitativo municipal na produção de riquezas.

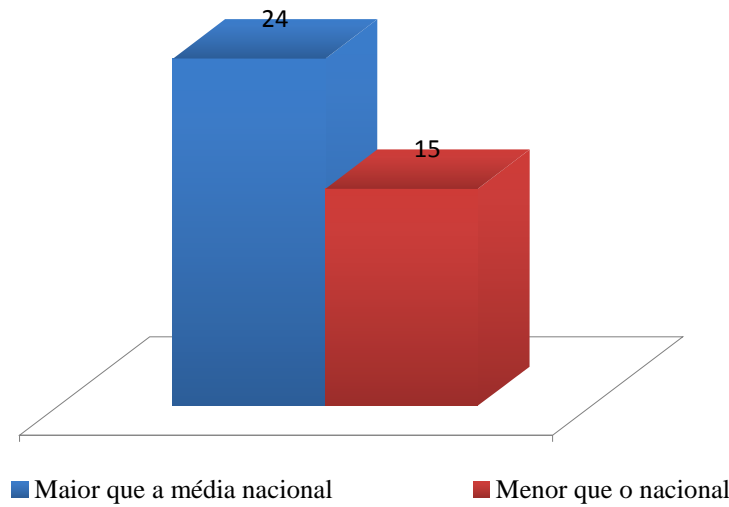


Gráfico 5 - Distribuição dos municípios do estudo segundo seu PIB *per capita* comparado ao indicador nacional

Comparação semelhante foi feita em relação ao IDH e dentre as cidades em discussão, 13 (33%) apresentam um IDH superior ao nacional, conforme mostra o GRÁFICO 6.

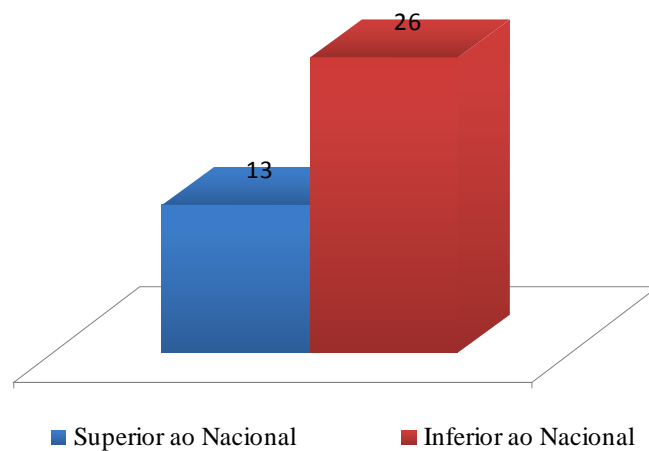


Gráfico 6 - Distribuição dos municípios do estudo segundo seu IDH comparado ao mesmo indicador nacional 0,800 (PNUD,2008).

O levantamento sobre as condições da prestação de serviços odontológicos nos municípios arrolados para o estudo se encontra explicitado nas TABELAS de 18 a 23, e mostram os dados referentes a esse setor que constituem importantes indicadores de saúde bucal. Desta forma, pode-se saber um pouco mais sobre o campo sobre o qual estava sendo oferecida a assistência ortodôntica. Quantificou-se os procedimentos odontológicos individuais executados pela rede básica, o índice de Dentes Cariados Perdidos e Obturados (CPO-D) do município (aos 12 anos) e o engajamento deste último na Estratégia de Saúde da Família (ESF), através da instalação de ESBs.

Os maiores percentuais de cobertura das ESB estão nas menores cidades, embora grandes centros como João Pessoa (PB) e cidades de médio porte como Juazeiro (BA) e Nossa Senhora do Socorro (SE) apresentem este percentual em valores máximos (100%).

A maior parte das metrópoles, grandes cidades e cidades médias não apresentaram uma grande cobertura populacional por essa estratégia, via de regra. Dentre as metrópoles regionais, Fortaleza (CE) e Curitiba (PR) são as com maior percentual de cobertura populacional pelas ESBs, mesmo assim esse indicador timidamente extrapola a casa dos 50% em ambas. Belém (PA) e Goiânia (GO) são as únicas do grupo (TABELA 18) em que o nível de CPO-D ainda se encontra aquém do preconizado pela OMS para o ano 2000, ou seja, além de 3,0. Esse indicador nessas duas cidades ainda tem seu valor superior ao nacional (2,8). Belém ainda dispõe da menor cobertura populacional pelas ESBs da ESF, dentre as metrópoles estudadas, detendo apenas 5 equipes inscritas no SIAB.

Tabela 18 - Disposição do número de ESB Tipo 1 e Tipo 2; população coberta por essas equipes; média *per capita* de procedimentos odontológicos executados pela Atenção Básica e índice CPO-D (aos 12 anos) dos municípios considerados metrópoles regionais.

Município	ESB Tipo 1*	ESB Tipo 2*	População Coberta (%)*	Procedimentos Odontológicos Individuais (Média)**	CPO-D***
Belém (PA)	5	0	2,41	0,64	4,3
Belo Horizonte (MG)	126	55	52,04	0,31	2,4
Curitiba (PR)	45	94	53,62	0,66	2,2
Fortaleza (CE)	176	0	50,25	0,19	2,3
Goiânia (GO)	3	25	15,83	0,25	3,3
Rio de Janeiro (RJ)	53	17	5,62	0,29	2,1
São Paulo (SP)	41	26	4,13	0,23	2,2

\* Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB)- (BRASIL 2008c)

\*\* Fonte: DATASUS (BRASIL, 2008b)

\*\*\*Fonte: DATASUS (BRASIL, 2008b)

A cidade de Osasco (SP) não apresenta ESBs implantadas e ainda mostra o mais baixo índice de procedimentos odontológicos individuais realizados na rede básica, dentre todos os municípios incluídos no estudo. João Pessoa (PB), além de ostentar 100% de sua população coberta pelas já citadas equipes, mostrou bons números referentes aos procedimentos realizados, quando comparados às outras cidades. Contudo, o CPO-D do município, apesar de satisfatório, foi o segundo mais alto do grupo.

Tabela 19 - Disposição do número de ESB Tipo 1 e Tipo 2; população coberta por essas equipes; média *per capita* de procedimentos odontológicos executados pela Atenção Básica e índice CPO-D (aos 12 anos) dos municípios com população acima de 500 mil habitantes.

<b>Município</b>	<b>ESB Tipo 1*</b>	<b>ESB Tipo 2*</b>	<b>População. Coberta(%)*</b>	<b>Procedimentos Odontológicos individuais (Média)**</b>	<b>CPO-D***</b>
Cuiabá (MT)	1	0	1,27	0,42	3,3
Duque de Caxias (RJ)	42	0	33,89	0,22	2,5
João Pessoa (PB)	177	0	100,00	0,63	2,9
Osasco (SP)	0	0	0,00	0,11	2,2
Ribeirão Preto (SP)	6	0	7,40	0,69	2,1

\* Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB)- (BRASIL 2008c)

\*\* Fonte:DATASUS (BRASIL,2008b)

\*\*\*Fonte:DATASUS (BRASIL, 2008b)

Dos nove municípios da TABELA 20, apenas dois: Rio Claro (SP) e Rio Verde (GO) ainda não contam com uma considerável parte da população coberta pelas ESBs, além de mostrarem uma discreta média nos procedimentos odontológicos individuais (0,41 e 0,43 respectivamente).

Tabela 20 - Disposição do número de ESB Tipo 1 e Tipo 2; população coberta por essas equipes; média *per capita* de procedimentos odontológicos executados pela Atenção Básica e índice CPO-D (aos 12 anos) dos municípios com população entre 100 e 500 mil habitantes.

Município	ESB Tipo 1*	ESB Tipo 2*	População coberta (%)**	Procedimentos Odontológicos Individuais (Média)**	CPO-D***
Angra dos Reis	12	0	57,45	1,51	2,5
Arapiraca (AL)	28	0	92,05	0,31	---
Araguaína (TO)	14	0	73,47	1,08	3,9
Colatina (ES)	12	0	74,07	1	---
Juazeiro (BA)	45	0	100,00	1,45	3,8
N. S. do Socorro (SE)	53	0	100,00	1,76	4,1
Rio Claro (SP)	6	0	21,75	0,41	2,7
Rio Verde (Go)	8	0	25,24	0,43	2,9
Vit.da Conquista(BA)	27	0	61,72	0,38	4,3

\*\* Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB)- (BRASIL 2008c)

\*\* Fonte:DATASUS (BRASIL,2008b)

\*\*\*Fonte:DATASUS (BRASIL, 2008b)

A TABELA 21 exhibe mais um município paulista onde as ESBs ainda não estão implantadas, no caso Itapira (SP), que detém a melhor média de procedimentos odontológicos do grupo de cidades em que se encontra, e uma das mais significativas médias quando se avalia todos os municípios (1,08). Itapira mostra, contudo, níveis de CPO-D superiores ao ideal segundo parâmetros da OMS. Esse mesmo indicador teve valor superior ao brasileiro em todos os municípios do grupo, com exceção de Mairiporã (SP). Deve-se destacar também Paranavaí (PR), que não possui ESBs cadastradas, mas em relação a todos os aglomerados urbanos citados na TABELA 21, detém uma boa média no indicador referente aos procedimentos odontológicos individuais *per capita* (0,68), ficando atrás somente de Piripiri (PI) que ostenta 1,05 em média para uma cobertura de 100% pelas ESBs.

Tabela 21 - Disposição do número de ESB Tipo 1 e Tipo 2; população coberta por essas equipes; média *per capita* de procedimentos odontológicos executados pela Atenção Básica e índice CPO-D (aos 12 anos) dos municípios com população entre 50 e 100 mil habitantes.

Município	ESB Tipo 1*	ESB Tipo 2*	População Coberta(%)*	Procedimentos Odontológicos individuais (Média)**	CPO-D***
Caçador (SC)	3	0	28,44	0,59	3,8
Itapira (SP)	0	0	0,00	1,08	3,3
Leme (SP)	4	0	30,66	0,61	3,7
Mairiporã (SP)	2	0	18,39	0,58	2,7
Palmares (PE)	14	0	100,00	0,52	3,5
Paranavaí (PR)	0	0	0,00	0,68	2,9
Piripiri (PI)	21	0	100,00	1,05	3,9
Tauá (CE)	14	8	100,00	1,02	-

\*\* Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB)- (BRASIL 2008c)

\*\* Fonte: DATASUS (BRASIL, 2008b)

\*\*\*Fonte: DATASUS (BRASIL, 2008b)

Segundo a TABELA 22, 5 das oito cidades aí incluídas têm sua população coberta em 100% pelas ESBs. De um modo generalista as mesmas cidades apresentaram valores robustos para a média de procedimentos odontológicos individuais. Destaque para Itabirito (MG) que ostenta o nível CPO-D mais baixo dentre todos os municípios envolvidos na pesquisa.



Tabela 22 - Disposição do número de ESB Tipo 1 e Tipo 2; população coberta por essas equipes; média *per capita* de procedimentos odontológicos executados pela Atenção Básica e índice CPO-D (aos 12 anos) dos municípios com população entre 20 e 50 mil habitantes.

<b>Município</b>	<b>ESB Tipo 1*</b>	<b>ESB Tipo 2*</b>	<b>População Coberta (%)*</b>	<b>Procedimentos Odontológicos Individuais (Média)**</b>	<b>CPO-D***</b>
Brejo M. de Deus (PE)	8	0	100,00	0,80	3,8
Jales (SP)	7	0	97,09	1,51	2,7
Itabirito (MG)	0	6	81,76	0,59	2,0
Mangaratiba (RJ)	1	0	22,95	1,13	3,0
Paraíba do Sul (RJ)	16	0	100,00	1,05	2,6
Piraju (SP)	8	0	100,00	0,68	----
S. G. do Amarante (CE)	11	2	100,00	1,97	2,2
Uruaçu (GO)	7	4	100,00	0,72	-----

\* \* Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB)- (BRASIL 2008c)

\*\* Fonte: DATASUS (BRASIL, 2008b)

\*\*\* Fonte: DATASUS (BRASIL, 2008b)

Com a cobertura máxima pelas ESBs, os menores municípios incluídos no trabalho, Natividade (RJ) e Sumé (PB) (TABELA 23) são os detentores dos números mais robustos referentes aos indicadores de atenção básica odontológica (1,42 e 1,40, respectivamente), não sendo informado, entretanto, os índices CPO-D desses municípios.

Tabela 23 - Disposição do número de ESB Tipo 1 e Tipo 2; população coberta por essas equipes; média per capita de procedimentos odontológicos executados pela Atenção Básica e índice CPO-D (aos 12 anos) dos municípios com população até 20 mil habitantes.

Município	ESB Tipo 1*	ESB Tipo 2*	População Coberta%*	Procedimentos Odontológicos Individuais (Média)**	CPO-D***
Natividade (RJ)	6	1	100,00	1,42	----
Sumé (PB)	5	1	100,00	1,40	----

\* \* Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB)- (BRASIL 2008c)

\*\* Fonte:DATASUS (BRASIL,2008b)

\*\*\*Fonte:DATASUS (BRASIL, 2008b)

O GRÁFICO 7 ilustra o número de municípios cujo CPO-D é menor ou igual ao nacional n=15 (38% aproximadamente) e superior ao nacional n=17 (41%). Cerca de 7 municípios não disponibilizaram os dados para a pesquisa.

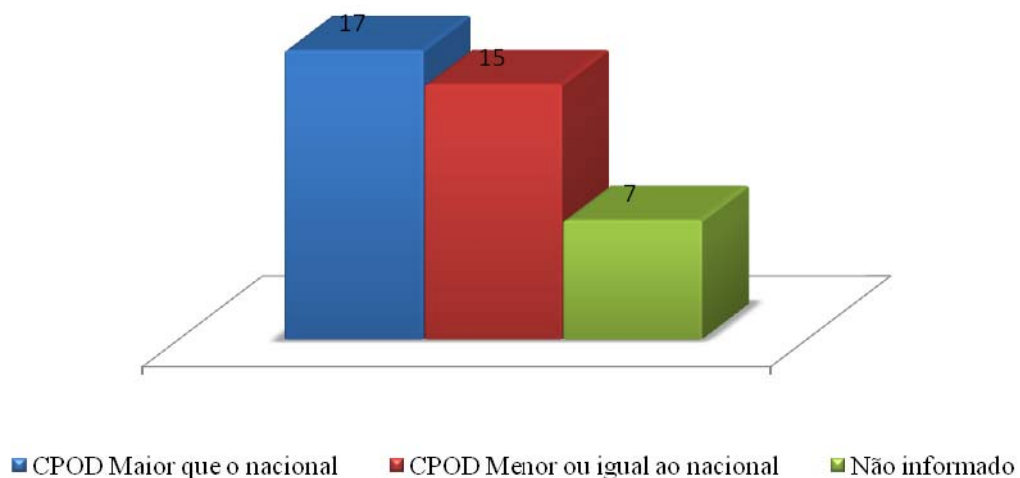


Gráfico 7 - Distribuição dos níveis do CPO-D em relação à média nacional

A TABELA 24 ilustra a cobertura das ESBs nos diversos portes de municípios. Cerca de 15 unidades municipais estudadas (38%) eram cobertas entre 90 e 100% pelas ESBs, dentre eles, quase a metade (n=8) são cidades com menos de 50 mil habitantes e 3 ( 20%) têm população entre 50 e 100 mil pessoas.

Tabela 24 - Distribuição dos diferentes municípios do estudo segundo a população e a cobertura das ESB.

Cobertura		0 a 10%	10 a 20%	20 a 30%	30 a 40%	40 a 50 %	50 a 60%	60 a 70%	70 a 80%	80 a 90%	90 a 100%
População											
Grandes metrópoles	N=7	3	1				3				
acima de 500 mil habitantes	N=5	3			1						1
De 100 e 500 mil habitantes	N=9			2			1	1	2		3
Entre 50 e 100 mil habitantes	N=8	2	1	1	1						3
Entre 20 e 50 mil habitantes	N=8			1						1	6
Até 20 mil habitantes	N=2										2

FONTE: Elaboração própria a partir de dados do DAB (BRASIL 2008c).

A atenção especializada nesses municípios também foi avaliada. Dentre os dados mais relevantes estavam o número de CEOs municipais e o percentual de procedimentos especializados aí realizados em relação aos procedimentos básicos. Pôde-se assim ver o engajamento da rede assistencial de saúde do município com a atenção secundária e terciária na odontologia (TABELAS de 25 a 30).

Em Fortaleza (CE) mais de um terço de todos os procedimentos em odontologia são especializados (34,36%), sem dúvida uma das maiores médias entre as cidades do estudo. E a cidade do Rio de Janeiro, que contém maior número de CEOs, evidencia uma das piores médias de procedimentos especializados do grupo (9,03%). Outro destaque é Goiânia (GO) que com apenas cinco CEOs destina mais de 20% do atendimento ambulatorial público em odontologia para as especialidades.

Tabela 25 - Atenção Odontológica Especializada dos municípios do estudo. Dados referentes ao n. de CEOs e ao percentual de procedimentos especializados em relação ao total de procedimentos odontológicos realizados pelo SUS das grandes metrópoles regionais.

<b>Município</b>	<b>Número de CEOs*</b>	<b>Procedimentos especializados em relação ao total de procedimentos odontológicos (%) **</b>
Belém (PA)	4	14,14
Belo Horizonte (MG)	1	15,27
Curitiba (PR)	3	8,88
Fortaleza (CE)	0	34,36
Goiânia (GO)	5	22,08
Rio de Janeiro (RJ)	17	9,03
São Paulo (SP)	15	11,74

FONTE: \* DAB (BRASIL,2008c), \*\* DATASUS (BRASIL 2008b)

João Pessoa (PB) (TABELA 26) município com apenas um CEO, o mesmo número de Osasco (SP) e apenas um a menos que Cuiabá (MT) e Duque de Caxias (RJ), tem o melhor percentual de procedimentos especializados que as demais cidades do grupo. Esse mesmo índice, quando comparado aos das cidades presentes na TABELA 30, se mostra ainda mais expressivo, assim como o índice apresentado por Ribeirão Preto (14,84%).

Tabela 26 - Atenção Odontológica Especializada dos municípios do estudo. Dados referentes ao n. de CEOs e ao percentual de procedimentos especializados em relação ao total de procedimentos odontológicos realizados pelo SUS nos municípios com população acima de 500 mil habitantes.

<b>Município</b>	<b>Número de CEOs*</b>	<b>Procedimentos especializados em relação ao total de procedimentos odontológicos (%)**</b>
Cuiabá (MT)	2	7,81
Duque de Caxias (RJ)	2	6,66
João Pessoa (PB)	1	20,04
Osasco (SP)	1	7,47
Ribeirão Preto(SP)	2	14,84

FONTE: \* DAB (BRASIL,2008c), \*\* DATASUS (BRASIL 2008b).

Angra dos Reis (RJ) e Arapiraca (AL) mesmo não possuindo, em sua rede assistencial, nenhum CEO apresentam bons índices percentuais de procedimentos especializados (respectivamente 14,42 e 8,66), quando comparadas com outros municípios, de porte equivalente aos seus, nos quais há mais de um CEO, como Juazeiro e Nossa Senhora do Socorro cujos mesmos índices são de 7,78% e 2,86%, de modo respectivo (TABELA 27).

Tabela 27 - Atenção Odontológica Especializada dos municípios do estudo. Dados referentes ao n. de CEOs e ao percentual de procedimentos especializados em relação ao total de procedimentos odontológicos realizados pelo SUS nos municípios com população entre 100 e 500 mil habitantes.

<b>Município</b>	<b>Número de CEOs*</b>	<b>Procedimentos especializados em relação ao total de procedimentos odontológicos (%) **</b>
Angra dos Reis (RJ)	0	14,42
Arapiraca (AL)	0	8,66
Araguaína (TO)	1	2,30
Colatina (ES)	1	3,28
Juazeiro (BA)	2	7,78
N. S. do Socorro (SE)	2	2,86
Rio Claro (SP)	1	11,52
Rio Verde (GO)	1	10,90
Vitória da Conquista (BA)	1	8,51

FONTE: \* DAB (BRASIL, 2008c), \*\* DATASUS (BRASIL 2008b).

Todas as cidades do grupo contido nas TABELAS 28, 29 e 30 detêm cada uma apenas um CEO na sua rede pública de saúde. Entretanto, os percentuais de procedimentos especializados adquirem valores variegados, partindo de 2,2% em Tauá (CE) até 20,13% em Paranavaí (PR), e de 5% em Mangaratiba (RJ) até quase 30% em Itabirito (MG). No primeiro grupo, apenas dois municípios apresentaram esse indicador com percentual em dois dígitos, já no segundo, todas as cidades do grupo mostravam esses valores em percentuais superiores a 12%, com exceção de Mangaratiba (4,11%).

Tabela 28 - Atenção Odontológica Especializada dos municípios do estudo. Dados referentes ao n. de CEOs e ao percentual de procedimentos especializados em relação ao total de procedimentos odontológicos realizados pelo SUS nos municípios com população entre 50 e 100 mil habitantes.

<b>Município</b>	<b>Número de CEOs*</b>	<b>Procedimentos especializados em relação ao total de procedimentos odontológicos (%)**</b>
Caçador (SC)	1	4,09
Itapira (SP)	1	2,3
Leme (SP)	1	11,54
Mairiporã (SP)	1	4,54
Palmares (PE)	1	9,07
Paranavaí (PR)	1	20,13
Piripiri (PI)	1	6,48
Tauá (CE)	1	2,25

FONTE: \* DAB (BRASIL,2008c), \*\* DATASUS (BRASIL 2008b).

Tabela 29 - Atenção Odontológica Especializada dos municípios do estudo. Dados referentes ao n. de CEOs e ao percentual de procedimentos especializados em relação ao total de procedimentos odontológicos realizados pelo SUS nos municípios com população entre 20 e 50 mil habitantes.

<b>Município</b>	<b>Número de CEOs*</b>	<b>Procedimentos especializados em relação ao total de procedimentos odontológicos (%)**</b>
Brejo M. de Deus (PE)	1	16,15
Jales (SP)	1	15,97
Itabirito (MG)	1	28,23
Mangaratiba (RJ)	1	4,11
Paraíba do Sul (RJ)	1	11,23
Piraju (SP)	1	24,02
S. G. do Amarante (CE)	1	14,04
Uruaçu (GO)	1	12,90

FONTE: \* DAB (BRASIL,2008c), \*\* DATASUS (BRASIL 2008b).

Tabela 30 - Atenção Odontológica Especializada dos municípios do estudo. Dados referentes ao n. de CEOs e ao percentual de procedimentos especializados em relação ao total de procedimentos odontológicos realizados pelo SUS nos municípios com população até 20 mil habitantes.

<b>Município</b>	<b>Número de CEOs*</b>	<b>Procedimentos especializados em relação ao total de procedimentos odontológicos (%) **</b>
Natividade (RJ)	1	24,32
Sumé (PB)	1	13,23

FONTE: \* DAB (BRASIL,2008c), \*\* DATASUS (BRASIL 2008b).

O estudo abrangeu também as relações financeiras entre a área de saúde municipal (com destaque para a saúde bucal) e o governo federal (TABELAS de 31 a 36).

Os gastos com saúde bucal em Curitiba (PR) denotam grande robustez, quando são comparados aos gastos semelhantes das demais metrópoles (TABELA 31). De maneira paradoxal, os incentivos financeiros às ações especializadas em odontologia não chegam a 0,5% do total do financiamento recebido pelo município para ações de média e alta



complexidade. Os indicadores curitibanos foram similares aos de Belém (PA), todavia os valores investidos pela última na atenção odontológica especializada quase atingem a cifra de 1%, sendo superiores em mais de 100% aos da primeira. Comparadas à Fortaleza (CE), que investe mais de 20% de seu orçamento em saúde, as demais cidades do grupo também fazem em bons percentuais, sempre superiores aos 15% requeridos pela Emenda Constitucional 29 (EC29) (BRASIL, 2008e).

Tabela 31 - Metrôpoles Regionais- Percentual do PAB do município destinado à Saúde Bucal; percentual dos gastos com procedimentos especializados em odontologia em relação ao repasse para financiamento de ações de média e alta complexidade e percentual de recursos próprios do município empregados em saúde. Dados referentes ao ano de 2006.

Município	(%) do PAB para Ações básicas de odontologia*	(%) gasto com Ações especializadas em odontologia*	(%) de recursos próprios aplicados em saúde**
Belém (PA)	6,6	0,9	16,2
Belo Horizonte (MG)	2,3	0,3	16,1
Curitiba (PR)	7,2	0,4	16,2
Fortaleza (CE)	2,2	0,6	20,7
Goiânia (GO)	2,3	0,5	17,0
Rio de Janeiro (RJ)	3,4	0,2	15,1
São Paulo (SP)	1,8	0,2	15,7

FONTE: \*SIA/SUS (BRASIL, 2008g) \*\*SIOPS (BRASIL, 2008d)

Na TABELA 32 destacam-se Osasco (SP), cidade situada na região metropolitana de São Paulo, no investimento em atenção básica, atingindo um percentual de 11,5% do total de seu PAB, e João Pessoa (PB), na atenção odontológica secundária e terciária, cujos gastos ficam próximos a 1% do orçamento total para média e alta complexidade. Osasco também se destaca com a aplicação de aproximadamente 30% de suas receitas em ações sanitárias.

Tabela 32 - Cidades com população acima de 500 mil habitantes- Percentual do PAB do município destinado à Saúde Bucal; percentual dos gastos com procedimentos especializados em odontologia em relação ao repasse para financiamento de ações de média e alta complexidade e percentual de recursos próprios do município empregados em saúde. Dados referentes ao ano de 2006.

<b>Município</b>	<b>(%) do PAB para Ações básicas de Odontologia*</b>	<b>(%) gasto com Ações especializadas em Odontologia*</b>	<b>(%) de recursos próprios aplicados em saúde**</b>
Cuiabá (MT)	2,5	0,2	21,9
Duque de Caxias (RJ)	2,7	0,1	19,2
João Pessoa (PB)	4,1	0,8	18,1
Osasco (SP)	11,5	0,1	27,1
Ribeirão Preto (SP)	4,7	0,5	22,8

FONTE: \*SIA/SUS (BRASIL,2008g); \*\*SIOPS (BRASIL,2008d)

Com a exceção de Rio Verde (GO), que empregou 3,8% de suas receitas em saúde, todas as cidades de porte médio cumpriram as determinações da EC29, levando o mesmo índice acima dos 15%. Um destaque neste quesito pode ser dado a Angra dos Reis (RJ), que tem entre seus gastos 23,5% com a saúde, 8,5% a mais que o recomendado pela emenda supracitada (TABELA 33). O município ainda tem, no grupo, o maior percentual utilizado para financiamento de ações odontológicas especializadas, próximo a 1%. Já o maior percentual do PAB destinado à odontologia foi o de Nossa Senhora do Socorro, que utiliza mais de 25% desses recursos naqueles atendimentos.

Tabela 33 - Cidades com população entre 100 e 500 mil habitantes- Percentual do PAB do município destinado à Saúde Bucal; percentual dos gastos com procedimentos especializados em odontologia em relação ao repasse para financiamento de ações de média e alta complexidade e percentual de recursos próprios do município empregados em saúde. Dados referentes ao ano de 2006.

<b>Município</b>	<b>(%) do PAB para Ações básicas de Odontologia*</b>	<b>(%) gasto com Ações especializadas em Odontologia*</b>	<b>(%) de recursos próprios aplicados em saúde**</b>
Angra dos Reis (RJ)	6,7	0,9	23,5
Arapiraca (AL)	4,9	0,2	16,6
Araguaína (TO)	12,4	0,1	21,1
Colatina (ES)	8,6	0,1	15,1
Juazeiro (BA)	15,5	0,8	16,1
N. S. do Socorro (SE)	25,5	0,5	16,2
Rio Claro (SP)	6,3	0,6	15,1
Rio Verde (Go)	6,1	0,6	3,8(2003)
Vit. da Conquista (BA)	13,3	0,4	15,0

FONTE: \*SIA/SUS (BRASIL,2008g); \*\*SIOPS (BRASIL,2008d)

Os municípios de pequeno porte, como explicitado na TABELA 34, tenderam a investir mais que os 15% da EC29 em saúde, somente ficando próximo a este percentual Piripiri (15,2%) e Palmares (15,3%). A cidade que mais investe na atenção básica de odontologia perfazendo 22,5% do PAB é Tauá (CE). Leme (SP), Piripiri (PI) e Mairiporã (SP) merecem destaque também, pois direcionam consideráveis percentuais do PAB para suas ações de saúde bucal. Leme ainda destina um bom montante dos recursos de média e alta complexidade para as especialidades odontológicas (1%).

Tabela 34 - Cidades com população entre 50 e 100 mil habitantes- Percentual do PAB do município destinado à Saúde Bucal; percentual dos gastos com procedimentos especializados em odontologia em relação ao repasse para financiamento de ações de média e alta complexidade e percentual de recursos próprios do município empregados em saúde. Dados referentes ao ano de 2006.

<b>Município</b>	<b>(%) do PAB para Ações básicas de Odontologia*</b>	<b>(%) gasto com Ações especializadas em Odontologia*</b>	<b>(%)de recursos próprios aplicados em saúde**</b>
Caçador (SC)	12,7	0,4	21,6
Itapira (SP)	5,1	0,4	19,2
Leme (SP)	17,1	1,0	18,3
Mairiporã (SP)	17,8	0,2	21,7
Palmares (PE)	4,8	0,4	15,3
Paranavaí (PR)	8,6	1,0	25,6
Piripiri (PI)	18,6	0,7	15,2
Tauá (CE)	22,5	0,2	24,5

FONTE:: \*SIA/SUS ( BRASIL,2008g) \*\*SIOPS ( BRASIL,2008d)

A tendência de um maior investimento em saúde por parte dos pequenos municípios parece confirmada, de acordo com os valores da coluna direita da TABELA 35. São Gonçalo do Amarante (CE) além de investir em saúde o dobro do que determina a Constituição (30,5%), também privilegia a atenção odontológica, utilizando 38% do PAB e 2,2% do fundo de média e alta complexidade na odontologia. As exceções do grupo no que tange à participação no financiamento das ações de saúde foram Paraíba do Sul (RJ) e Uruaçu (GO), que respectivamente apresentaram 14,1% e 15,5% de participação nesse setor.

Tabela 35 - Cidades com população entre 20 e 50 mil habitantes - Percentual do PAB do município destinado à Saúde Bucal; percentual dos gastos com procedimentos especializados em odontologia em relação ao repasse para financiamento de ações de média e alta complexidade e percentual de recursos próprios do município empregados em saúde. Dados referentes ao ano de 2006.

<b>Município</b>	<b>(%) do PAB para Ações básicas de Odontologia*</b>	<b>(%) gasto com Ações especializadas em Odontologia*</b>	<b>(%) de recursos próprios aplicados em saúde**</b>
Brejo M. de Deus (PE)	7,2	0,8	21,7
Jales (SP)	5,3	0,7	24,8
Itabirito (MG)	26,6	1,0	22,6
Mangaratiba (RJ)	9,0	0,3	---
Paraíba do Sul (RJ)	7,5	0,6	14,1
Piraju SP)	17,1	1,4	16,9
S. G. do Amarante (CE)	38,8	2,2	30,5
Uruaçu (GO)	10,5	1,2	15,5

FONTE: \*SIA/SUS (BRASIL, 2008g); \*\*SIOPS (BRASIL, 2008d)

Tabela 36 - Cidades com população até 20 mil habitantes- Percentual do PAB do município destinado à Saúde Bucal; percentual dos gastos com procedimentos especializados em odontologia em relação ao repasse para financiamento de ações de média e alta complexidade e percentual de recursos próprios do município empregados em saúde. Dados referentes ao ano de 2006.

<b>Município</b>	<b>(%) do PAB para Ações básicas de Odontologia*</b>	<b>(%) gasto com Ações especializadas em Odontologia*</b>	<b>(%) de recursos próprios aplicados em saúde**</b>
Natividade (RJ)	10,5	1,5	26,1
Sumé (PB)	14,6	1,7	17,6

FONTE: \*SIA/SUS (BRASIL, 2008g); \*\*SIOPS (BRASIL, 2008d).

#### 4.2.3 *A assistência ortodôntica nos CEOs e demais centros de Saúde Bucal*

De posse das informações sobre os municípios fez-se necessária a investigação focada nesses centros de saúde e na atenção ortodôntica ali oferecida. Todos os 42 estabelecimentos foram contatados, através de seus gerentes ou administradores. No entanto, oito não figuraram na pesquisa:

Por que não responderam aos contatos, postais ou e-mail (Rio Verde-GO e o CEO de Pirituba da cidade de São Paulo); pela não habilitação (ou recusa), do gerente a fornecer os dados públicos solicitados (Arapiraca-AL, Cuiabá-MT, Goiânia-GO, Mangaratiba-RJ e Vitória da Conquista- BA).

Por se tratar de um serviço incipiente como o de Piripiri (PI) cujo início das atividades data de Março/08.

Nos municípios de Duque de Caxias (RJ) e Angra dos Reis (RJ), não há um envolvimento direto de um CEO ou EPSB com a prestação de serviços de Ortodontia. No entanto esses foram analisados e descritos em conjunto com os demais Centros de Especialidades. Os dados coletados referentes àqueles serviços, quando possível, foram tabulados da mesma maneira que os referentes aos demais centros.

Todas as informações obtidas foram agrupadas e analisadas sendo as mais relevantes, tabuladas e apresentadas graficamente a seguir.

#### *Recursos Humanos*

O GRÁFICO 8 mostra o número de Ortodontistas responsáveis pelo atendimento na rede pública, ou seja, nos centros estudados. Dentre os destaques citamos os CEOs de Belém (PA), no qual atuam seis Ortodontistas e, principalmente, o CEO-Centro, de Fortaleza no qual trabalham 22 ortodontistas. Esse número também foi decisivo para tornar este Centro Especializado em uma referência nacional na atenção ortodôntica. Cerca de um terço (n=11) dos Centros de Especialidades conta apenas com um ortodontista, e a presença de dois desses profissionais foi informada por seis CEOs.

O CRE de Colatina (ES) é o único dentre os locais estudados em que o atendimento ortodôntico não é feito por um ortodontista, e sim por um clínico geral com treinamento para tal atuação (curso de atualização em Ortodontia).

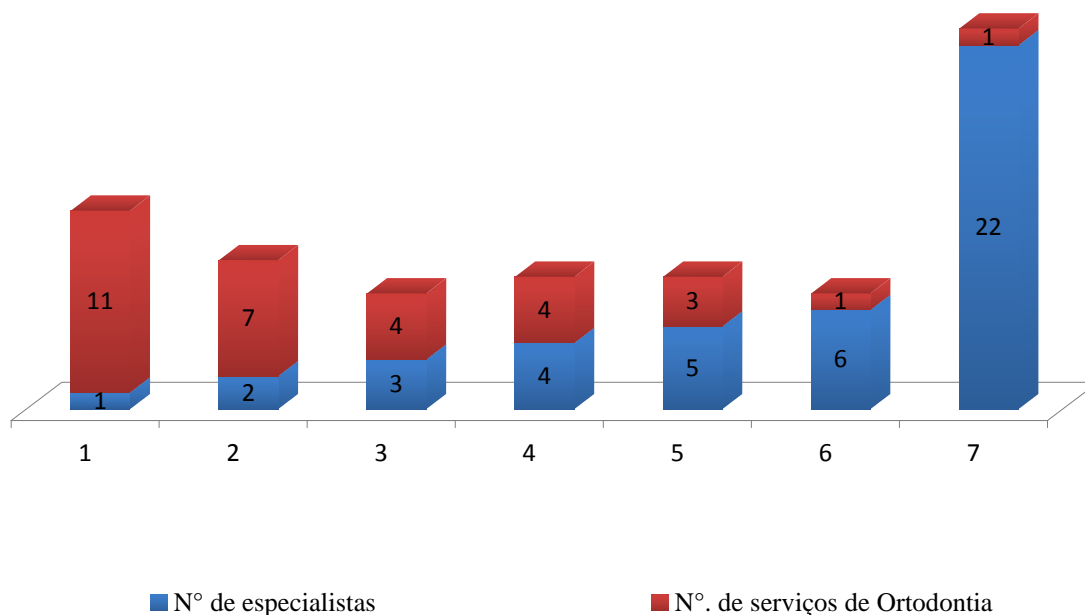
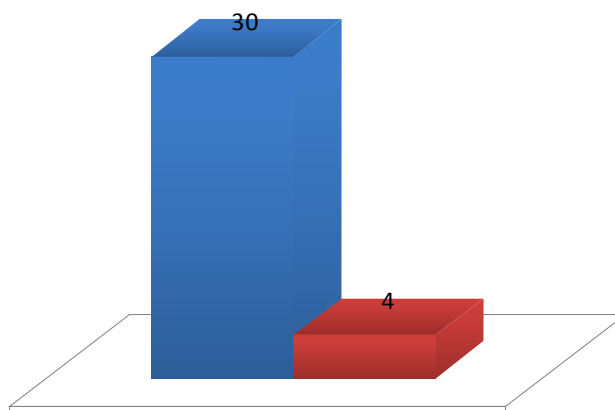


Gráfico 8 - Distribuição do número de ortodontistas em 32 dos 34 serviços envolvidos no estudo.

Segundo este levantamento nos 34 estabelecimentos de saúde, há 100 ortodontistas atuando especificamente em Ortodontia, no serviço público. Não foram computados, evidentemente, os 22 profissionais que atendem nas clínicas conveniadas de Duque de Caxias e os quatro de Angra dos Reis, por se tratar de um serviço terceirizado.

#### *Tipo de tratamento*

O GRÁFICO 9 mostra que o tratamento ortodôntico curativo é oferecido apenas pelos municípios de Angra dos Reis (RJ), Duque de Caxias (RJ), Brejo da Madre de Deus (PE) e Fortaleza (CE). Nas outras 30 unidades (78%) são oferecidos tratamentos apenas do tipo interceptativo e preventivo.

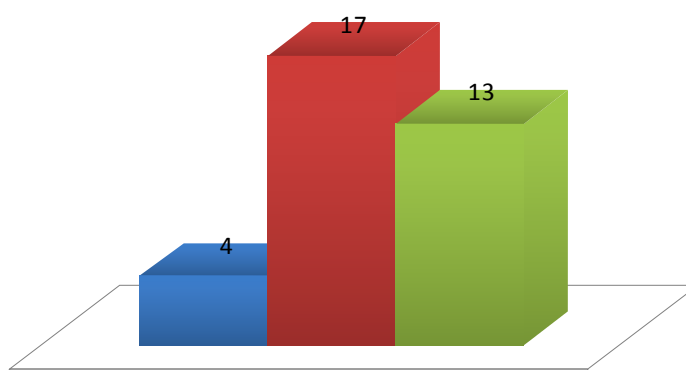


■ Preventivo e Interceptativo      ■ Preventivo Interceptativo e Curativo

Gráfico 9 - Distribuição dos diferentes tipos de correções das deformidades dento-faciais nos EPSBs.

### *Tipo de aparatologia*

Cerca de 17 (50%) unidades oferecem exclusivamente o tratamento com aparelhos removíveis ortopédicos, e os outros 13 (38%) oferecem também a modalidade fixa. Os aparelhos ortodônticos fixos totais estão na lista de procedimentos de quatro serviços de saúde bucal que oferecem tratamento curativo (Fortaleza, Brejo da Madre de Deus, Angra dos Reis e Duque de Caxias -12% do total (GRÁFICO 10).



■ Ortodontico Fixa Convencional, inclusive  
 ■ Ortopédico  
 ■ Ortopédico e Ortodontico (pequenos movimentos)

Gráfico 10 - Distribuição dos diferentes tipos de aparelhos ortodônticos oferecidos nos EPSBs envolvidos no estudo.

### *Confecção dos aparelhos*

Em nove das unidades envolvidas na pesquisa, a confecção da aparatologia aparentemente fica a cargo de TPDs que atuam no próprio centro de saúde: 6 deles (17,6%)



possuem laboratório próprio de prótese e 8 unidades (23,5%) possuem um LRPD anexo, porém há cinco integrantes desse último grupo que não estão ligados aos serviços de Ortodontia e não participam da confecção de aparelhos ortodônticos. Em 16 (47%) das unidades estudadas, o próprio ortodontista é o responsável pela confecção da aparatologia empregada nos tratamentos (GRÁFICO 11).

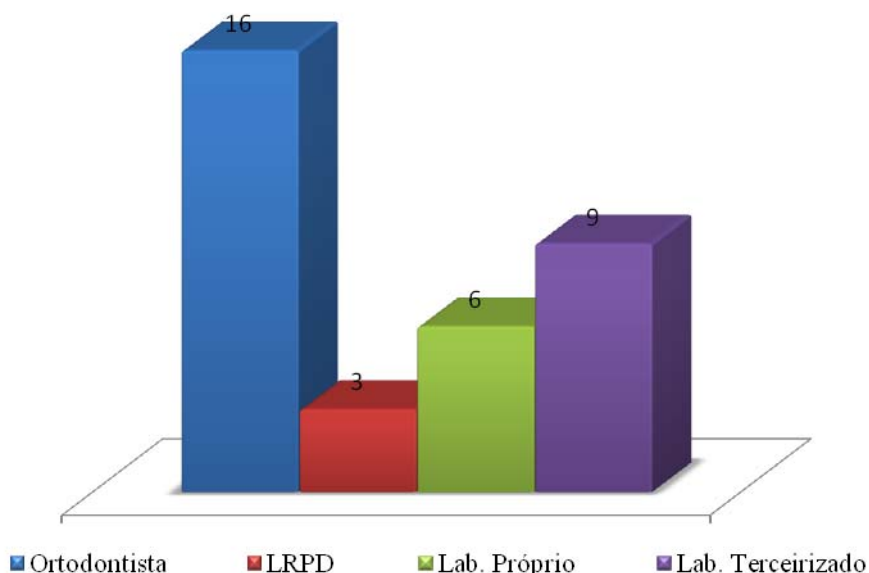


Gráfico 11 - Distribuição das variantes na confecção da aparatologia ortodôntica nos EPSBs.

#### *Faixa etária atendida*

Somente quatro estabelecimentos (11,7%) atendem a crianças abaixo da faixa etária de 12 anos. Em contrapartida, três unidades (8,8%) atendem também a adolescentes e adultos, expandido o limite etário para além dos 12 anos: Duque de Caxias (RJ); Angra dos Reis (RJ) e Fortaleza (CE) (GRÁFICO 12).

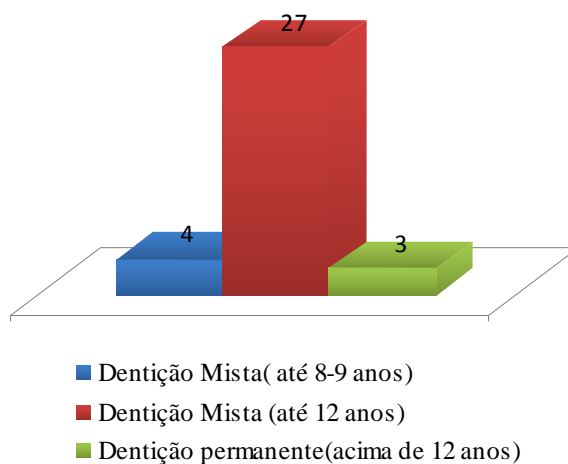


Gráfico 12 - Distribuição das diferentes faixas etárias atendidas nos EPSBs.

### *Triagem para o tratamento*

A entrada dessas crianças e adolescentes no grupo a ser tratado está condicionada à sua má oclusão, em 32 centros (94,2%). Nos outros dois serviços (5,8%), são utilizados também, além da própria gravidade da má oclusão, indicações de profissionais como fonoaudiólogos e otorrinolaringologistas, e logicamente, dos dentistas que atuam nas UBS e ESBs (GRÁFICO 13).

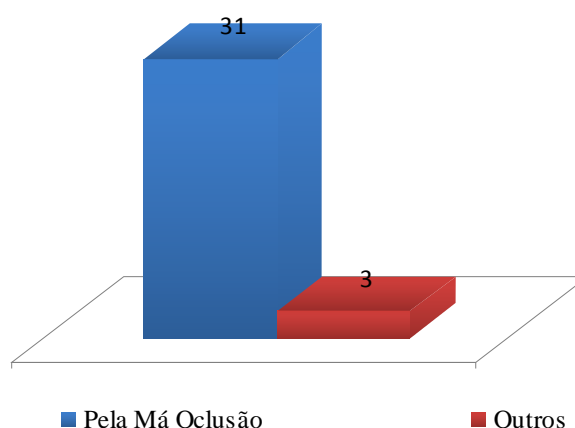


Gráfico 13 - Distribuição dos tipos de triagem nos EPSBs.

### *Conhecimento de protocolo de atendimento*

Como a Ortodontia ainda não faz parte do grupo mínimo de especialidades oferecidas pelos CEOs, não era do conhecimento de 33 (97%) gerentes entrevistados a existência de um protocolo clínico do MS<sup>16</sup> com diretrizes para o tratamento ortodôntico estatal. (GRÁFICO 14). Aqui não se encontram presentes dados de Fortaleza (CE); Angra dos Reis (RJ); Duque de Caxias (RJ) e Colatina (ES).

<sup>16</sup> O documento está contido no Manual de Especialidades em Saúde Bucal, editado pelo MS em 2008 e encontra-se disponível na página do DAB/MS.

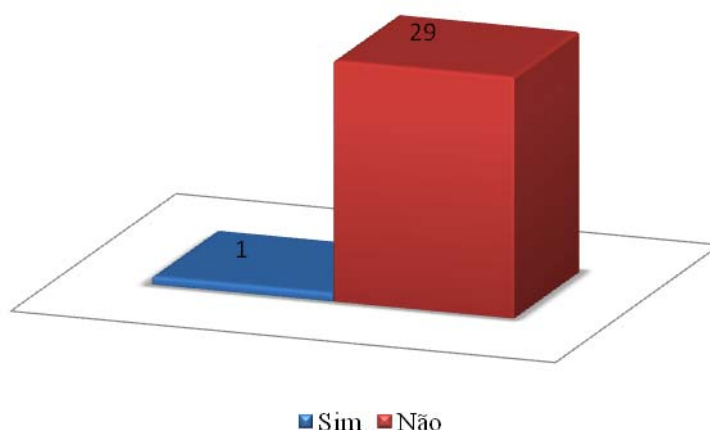


Gráfico 14 - Conhecimento dos gerentes, coordenadores de saúde bucal e diretores de EPSBs quanto ao conhecimento de um protocolo ministerial sobre Ortodontia no SUS.

#### *Utilização de Protocolo de atendimento*

Apenas 13 (38%) unidades de saúde utilizam um protocolo de atendimento ortodôntico (GRÁFICO 15). Esses protocolos são, em geral, elaborados pelos próprios profissionais que atuam no centro de saúde.

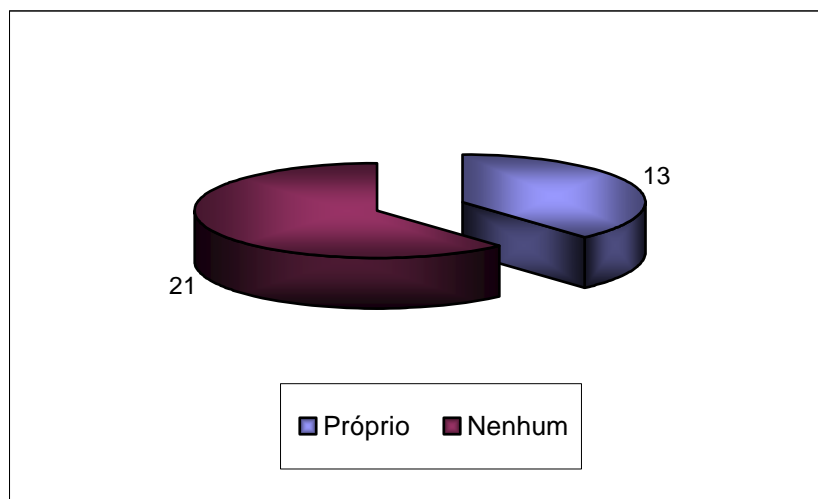


Gráfico 15 - Protocolo ortodôntico seguido nos EPSBs

#### *Documentação Ortodôntica*

Em seis dos serviços públicos de ortodontia (17,6%), a documentação pré-tratamento é feita dentro de seus limites físicos. Destaca-se aqui a unidade de Itabirito (MG), onde a gerente e o Coordenador de Saúde Bucal implantaram no próprio centro de saúde

aparelhagem para tomadas radiográficas próprias ao tratamento ortodôntico. Em seis estabelecimentos (14,7%), é o próprio paciente ou responsáveis, quem paga pela documentação, ou seja, a clientela já se apresenta ao ortodontista com seus exames. Todavia, a modalidade mais freqüente no caso das documentações, 23 casos (67,6%), se refere a convênios com clínicas particulares (GRÁFICO 16).

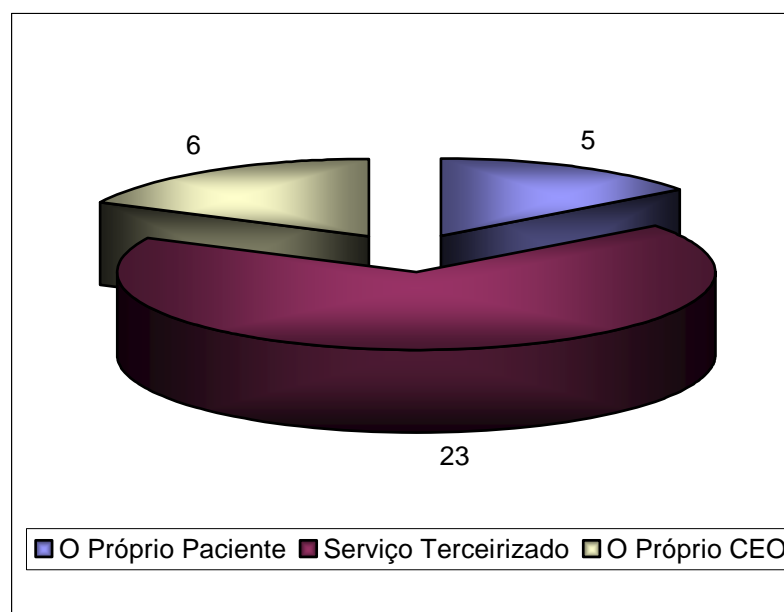


Gráfico 16 - Confeção da documentação ortodôntica nos diferentes serviços envolvidos no estudo.

### *Financiamento*

Alguma participação municipal ou estadual extra-incentivo do MS para custear as ações especializadas aparece em 28 (82,3%) dos 30 CEOs. Os primeiros contam com algum tipo de complementação, não só para o serviço ortodôntico mas para todos os tipos de atendimentos que oferecem. De maneira paradoxal ao que foi descrito, o gráfico também mostra que dois desses estabelecimentos (menos de 10% do total de CEOs da pesquisa) conseguem ter suas atividades desenvolvidas, inclusive as de Ortodontia, com o incentivo recebido mensalmente através do financiamento para Ações de média e alta complexidade (GRÁFICO 17).

O Centro Especializado de Odontologia (CEO- Centro) de Fortaleza é de exclusiva responsabilidade do governo do Ceará, se transformando, portanto, em uma unidade estadual de saúde, e não se encontra cadastrado na PNSB, não recebendo o incentivo do MS destinado exclusivamente aos CEOs. O CRE de Colatina (ES) também não se encontra sob financiamento federal e sim estadual (governo do Espírito Santo).

O financiamento das ações de Ortodontia em Angra dos Reis (RJ) e em Duque de Caxias (RJ) é feito diretamente pela administração municipal através de um contrato de prestação de serviços com clínicas especializadas. Naquele, a clínica se compromete a atender a certo número de pacientes por mês por um valor pré-estabelecido e acordado com o município.

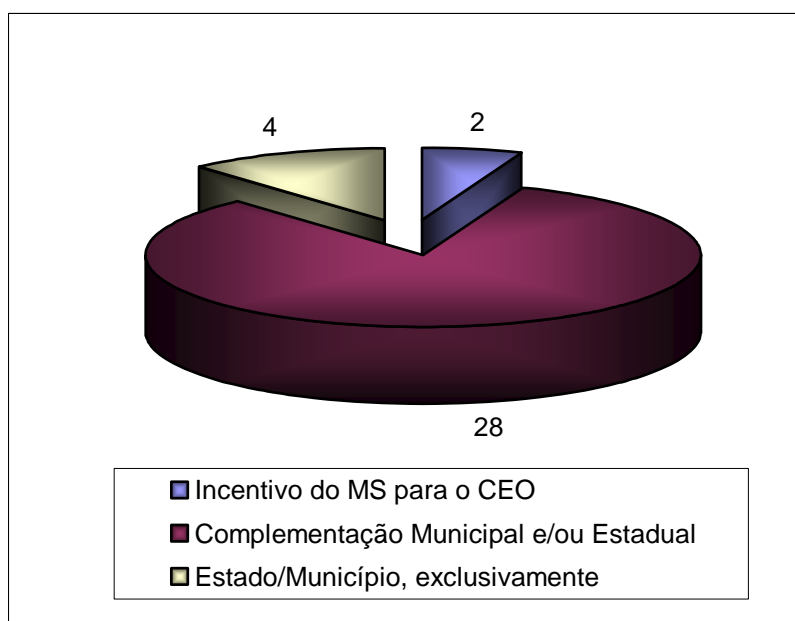


Gráfico 17 - Financiamento das ações de ortodontia nos CPSB

#### *Presença de LRPD anexo ao CEO*

É correspondente a oito (23,5%) o número de CEOs analisados que possuem um LRPD anexo, inversamente aos demais CEOs ou EPSBs 26 (76,4%) (GRÁFICO 18).

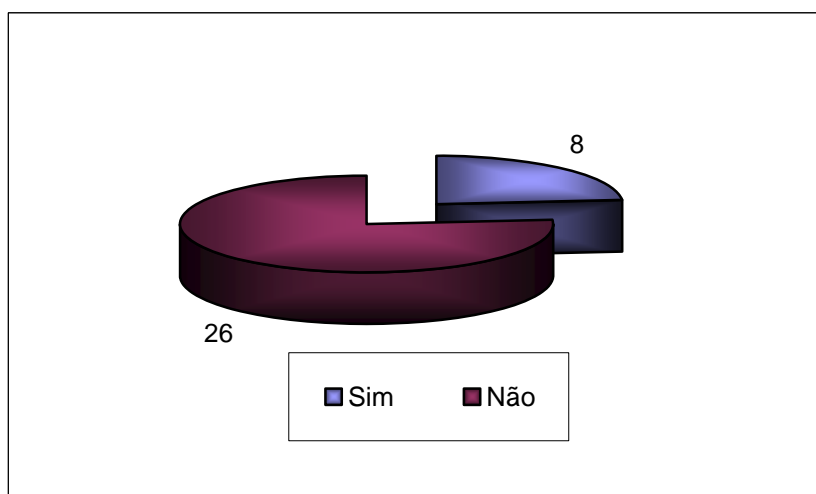


Gráfico 18 - LRPDs anexos aos EPSBs.

#### *Referenciamento*

O atendimento a indivíduos referenciados pela atenção primária é prática corrente em 31 (91%) dos casos estudados. Mas há, todavia, a notificação da necessidade de uma triagem ativa nas escolas para cooptar pacientes para o tratamento, como foi feito em Itabirito (MG). Ainda é sabido que dois outros centros além de integrar a rede referencial, atendem também à demanda espontânea (GRÁFICO 19).

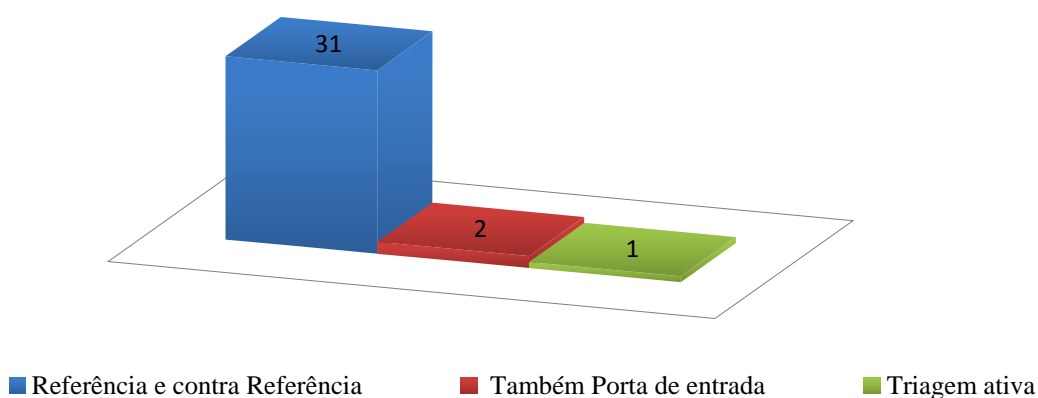


Gráfico 19 - Formas de triagem e seleção para tratamento nos EPSBs envolvidos no estudo.

### *Problemas pertinentes*

Após os contatos com os gestores, gerentes e Coordenadores, e já com os dados colhidos, desnudou-se uma visão abrangente de todo o incipiente processo de aproximação da Ortodontia com o SUS, assim como desnudaram-se problemas, a que chamamos de “nós críticos”, apontados pelos chefes de serviço ou detectados pelo pesquisador.

Na ocasião das entrevistas, 16 (47%) gestores apontaram como principal entrave à uma boa execução de ações ortodônticas no estabelecimento sob sua direção como sendo o financiamento insuficiente. Da mesma forma nove (26,4%) reclamaram uma melhoria no sistema de referência e triagem. E em terceiro lugar 20,5% apontam a necessidade de um protocolo de ações para a Ortodontia (n=7), cuja ausência parece ir contra o bom andamento dos serviços (GRÁFICO 20).

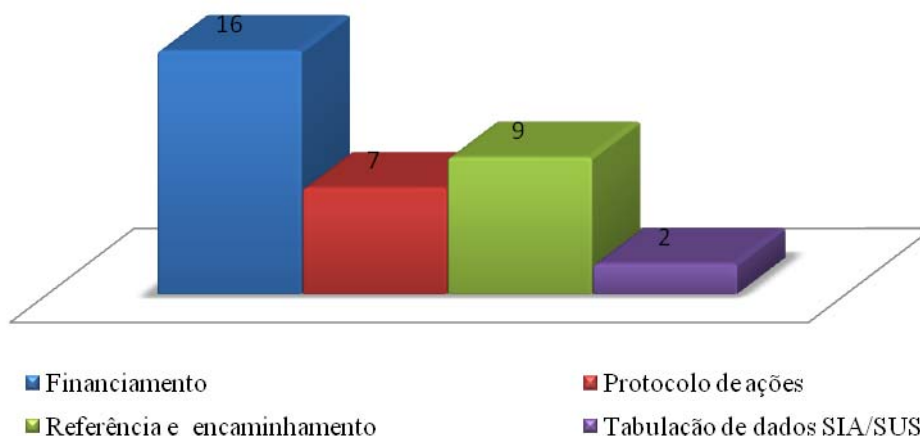


Gráfico 20 - Principal problema apontado pelos gestores/gerentes entrevistados quanto ao atendimento ortodôntico.

No que tange à relação do CEO ou afins, com a rede básica de saúde como um todo, notou-se que 28 (82,3%) dos 34 serviços apresentavam dificuldades na tabulação dos dados no SIA/SUS. Mas a primeira incidência de problemas está presente no sistema de encaminhamento de pacientes para o tratamento, 30 (88,2%) demonstraram dificuldades quanto ao referenciamento de pacientes. O financiamento parece prejudicar ou limitar, em parte, o atendimento, em 25 unidades (73,5%) (GRÁFICO 21).

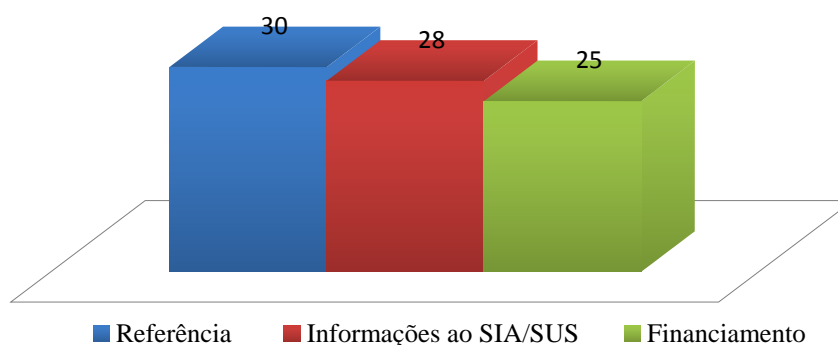


Gráfico 21 - Distribuição dos problemas, na visão do pesquisador, apresentados nos serviços de Ortodontia estudados, quanto à rede assistencial.

Com foco exclusivo nas ações ortodônticas intramuros fica explícita a ausência de um protocolo clínico universal e a necessidade de uma nova triagem antes do início do tratamento ortodôntico. Os primeiros problemas foram detectados em todas as unidades estudadas  $n=34$  (100%), e os últimos em 30 unidades (88,2%). Em 11 unidades (32%) seria ideal um número maior de ortodontistas na execução do atendimento, em 16 núcleos de saúde bucal (47%) é o próprio dentista que realiza o trabalho de confecção do aparelho ortodôntico.

Os serviços que exigem que a documentação seja apresentada pelo paciente somam 5, perfazendo um percentual de 17,6% (GRÁFICO 22).

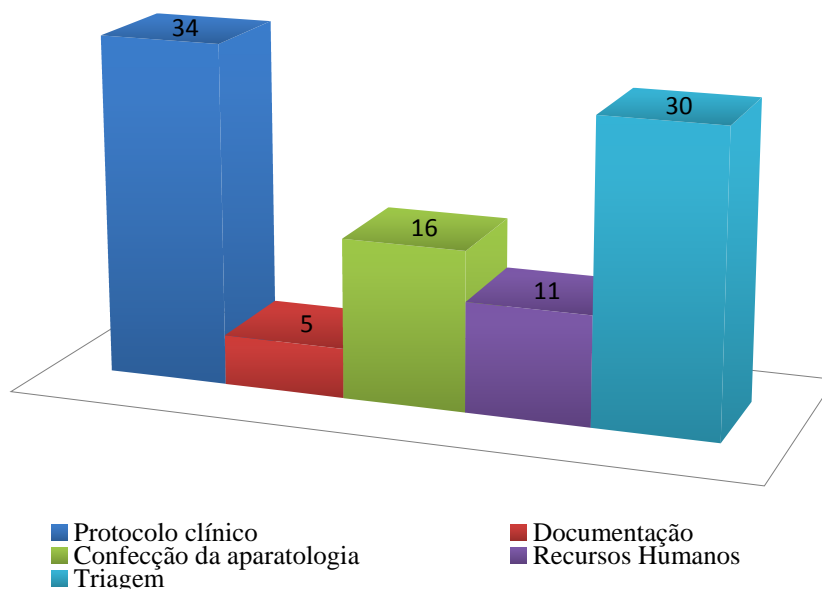


Gráfico 22 - Distribuição dos problemas, na visão do pesquisador, quanto ao *modus operandi* das ações desenvolvidas nos serviços de Ortodontia estudados.

#### 4.2.4 Exemplos em atenção ortodôntica pública

Nesta etapa do trabalho foi realizada uma abordagem qualitativa para ilustrar a pesquisa quantitativa. Segundo BOGDAN e BIKLEN, 1994, p.196:

As abordagens qualitativas privilegiam os argumentos capazes de ilustrar e subsidiar os dados mensuráveis computados na primeira fase do trabalho, revelando com maior riqueza o teor das respostas obtidas, numa tentativa de perceber o processo social envolvido na coleção de dados numéricos, levando-se em consideração que os números não existem por si sós, mas estão associados ao contexto social e histórico que os gerou.

Adotando esta linha de pensamento, aqui serão expostas e discutidas diferentes realidades na prestação de serviços ortodônticos pelo SUS mostrando experiências semelhantes na qualidade do atendimento ortodôntico, mas com distintas realidades demográficas, regionais e organizacionais. A exposição a seguir é fruto de visitas observacionais, nos moldes da observação participativa, feitas nos CEOs de Caçador (SC) e Fortaleza (CE). Pretende-se assim reverberar para todo o Brasil, a forma de trabalho em ortodontia pública colocada em prática nesse locais. Será também dimensionado o tratamento ortodôntico modal, ou seja, o que mais está presente na esfera pública em termos de um tratamento ortodôntico normal. Assim como abordaremos também colocações advindas de



observações participativas nos serviços ortodônticos caracterizados pela parceria público-privado, fruto de visitas a Duque de Caxias e Angra dos Reis, ambos municípios fluminenses.

#### **4.2.4.1 Modelos de excelência em Ortodontia pública: relatos da observação participativa em Caçador (SC) e Fortaleza (CE)**

##### **A - O CEO-1 de CAÇADOR (SC)**

Na visita a Caçador (SC), além de observar *in loco* as práticas e os atores envolvidos diretamente nas ações ortodônticas, pudemos travar contatos pessoais enriquecedores, sob o ponto de vista político-sanitário, com a Coordenação de Saúde Bucal do município, com o Secretário de Saúde além do Prefeito Municipal e com membros do Conselho Municipal de Saúde. Desta forma, foi-nos concedida a possibilidade não só de compreendermos especificamente o que acontecia nas práticas ortodônticas locais, mas foi possível observar detalhes, só perceptíveis pessoalmente, sobre o contexto social e político vivido pelo município.

##### *A cidade de Caçador no contexto sanitário e social*

O estado de Santa Catarina, atendendo às diretrizes do MS, possui um Plano Diretor de Regionalização (PDR), que surgiu paralelamente à criação dos CEOs e visa organizar e regionalizar a implantação da rede de serviços odontológicos especializados no estado. Ou seja, este plano direciona, normatiza e co-financia a instalação e as ações dos Centros de Especialidades assim como orienta quanto à sua abrangência regional. Os serviços prestados por esses centros de atendimentos odontológicos especializados são referência para a região ou microrregião. O estado de Santa Catarina participa do financiamento de cada um desses serviços com a quantia de R\$1.980,00 mensais.

A cidade de Caçador situada no noroeste do estado, a 380 km da capital, Florianópolis, é um município de aproximadamente 65 mil habitantes (IBGE, 2008). Sua economia gira em torno de práticas agrícolas e de comércio, mas é na saúde que se encontra um dos principais destaques da cidade. Algumas particularidades ratificam essa informação:

- Caçador investe 21% da arrecadação total do município em saúde;
- O Conselho Municipal de Saúde é modelo no estado de Santa Catarina como um dos mais atuantes do Brasil, segundo a CMSB; marcando a participação popular nos processos decisórios;

- Foi a primeira cidade de pequeno/médio porte a implantar os serviços Ortodônticos em um CEO.

#### *A organização da atenção básica em saúde bucal no município*

Caçador dispõe de águas fluoretadas para o consumo e apresenta um CPO-D de 3.8, índice que, há pouco mais de quatro anos alcançara níveis superiores a 6.0 e que vem caindo a cada ano, como foi demonstrado por levantamentos epidemiológicos anuais, a cujos relatórios tivemos acesso.

A rede municipal conta com um corpo clínico de 30 dentistas atuando nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e com três ESBs atuando nas ESFs atingindo, os dois serviços juntos, uma cobertura de 80% da população da cidade. Cada equipe de Saúde Bucal recebe, além do incentivo do governo federal um aporte financeiro do governo estadual em torno de R\$ 345,00 mensais.

A saúde bucal ainda conta com os programas:

- Expresso saúde - consultório móvel que se desloca até as comunidades rurais;
- Projeto Mantendo Sorrisos - com uma periodicidade trimestral são oferecidas escovas de dente aos 10.000 alunos com até 12 anos, das escolas públicas da cidade. Esse programa conta ainda com a atuação de THDs que através de palestras e demonstrações cuidam da manutenção da higiene e saúde bucal dos escolares;
- Trailer odontológico – consultório móvel no qual um clínico geral atende escolares;
- Um sistema de plantão odontológico funcionando até às 21h em algumas UBS;
- Projeto Saúde Mirim-agentes de saúde mirins são treinados para educar para a saúde, em casa, na escola e em seu convívio social, servindo como facilitadores ao processo de promoção de saúde.

#### *Financiamento das ações de saúde bucal*

As verbas destinadas à saúde bucal de Caçador quase são incompatíveis com a quantidade e a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais que trabalham na rede municipal de saúde bucal. O orçamento total do setor no município foi de R\$ 14.775,00 mensais quando se computa os incentivos federal e estadual para o CEO. Esse montante é

usado para compras de insumos e materiais de consumo tanto do CEO como também da rede básica. O município se encarrega da folha de pagamento de pessoal.



Figura 6 - Fachada do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO1) de Caçador-SC

### *Estrutura física*

É uma pequena estrutura física, mas com os espaços totalmente integrados, clínicas, laboratórios, secretarias e sala de chefia. A humanização no tratamento, também devido a essa integração e proximidade física é notória, assim como a higiene máxima nas dependências e a organização na prestação dos serviços. As comunicações existentes no ambiente clínico e desse com a sala da gerência, que se apresenta de fácil acesso para pacientes e demais profissionais, proporcionam uma dinâmica singular ao centro.

Registra-se ainda a boa estrutura de um laboratório de próteses que atende aos trabalhos protéticos e ortodônticos do CEO, ou seja, aí são confeccionadas as próteses dos pacientes atendidos assim como os aparelhos ortopédicos e ortodônticos utilizados na clínica de Ortodontia. A Coordenação Municipal de Saúde Bucal (CMSB) fez a opção pela não instalação de um LRPD por já contar com a infra-estrutura de um laboratório de prótese dentária, evitando assim o comprometimento com a demanda regional de próteses que seria acarretada com o credenciamento de uma unidade de LRPD. Outro destaque da unidade é um impressionante almoxarifado, onde permanecem estocados os insumos e materiais utilizados por toda a rede odontológica do município, e segundo declarações do Coordenador Municipal

de saúde bucal, o grande destaque do sucesso na administração do CEO passa pelo controle e pela manutenção do estoque, sempre adquirindo insumos a preços reduzidos.



Figura 7 - O almoxarifado do CEO

A situação encontrada por ocasião da Implantação do CEO Tipo1 – Caçador (SC), foi de certa forma facilitada pelo fato de a rede municipal de saúde da cidade já contar com o espaço físico que foi escolhido para ser a sede do Centro de Especialidades. O financiamento federal foi utilizado na reforma do prédio onde já funcionava uma policlínica odontológica.

O CEO conta com uma clínica com três consultórios odontológicos atendendo às especialidades de Periodontia, Cirurgia Buco Maxilo Facial, Endodontia e o Atendimento a Pacientes Portadores de Necessidades Especiais, além da Ortodontia. Também fazem parte das dependências deste estabelecimento: sala da gerência, sala de raios-X, laboratório de prótese, secretaria e sala de espera.



Figura 8 - Clínica do CEO 1

### *Recursos Humanos*

O CEO conta com seis especialistas: 1 endodontista; 1 periodontista; 1 cirurgião buco maxilo facial; 1 especialista em odontologia para pacientes especiais e 2 ortodontistas, além de pessoal de nível médio como 1 TPD e 3 THDs . Na rede municipal já existiam credenciados os profissionais com as especialidades mínimas exigidas para a habilitação de um CEO, estes profissionais tiveram suas atividades deslocadas para o recém-instalado CEO. Os profissionais ortodontistas que não faziam parte do quadro municipal passaram a fazê-lo com a iniciativa da CMSB em incorporar o atendimento ortodôntico na rede de saúde do município.

### *Clientela*

Caçador foi contemplada com a instalação do CEO Tipo 1, que hoje é a referência não só para as unidades básicas de saúde da cidade, como para toda uma região que abrange cerca de 15 municípios de menor porte, totalizando uma população potencialmente atendida de 250.000 pessoas.

Mensalmente, são atendidos neste centro cerca de 450 pacientes em detrimento dos 250 preconizados pelo MS. Os usuários chegam referenciados pela rede básica de Caçador (profissionais das UBSs e das ESFs) como também pelas ESBs das 15 cidades que compõem a microrregião ali atendida. Para receber o tratamento, a clientela deve obrigatoriamente ser encaminhada pela rede de atenção básica dos municípios.

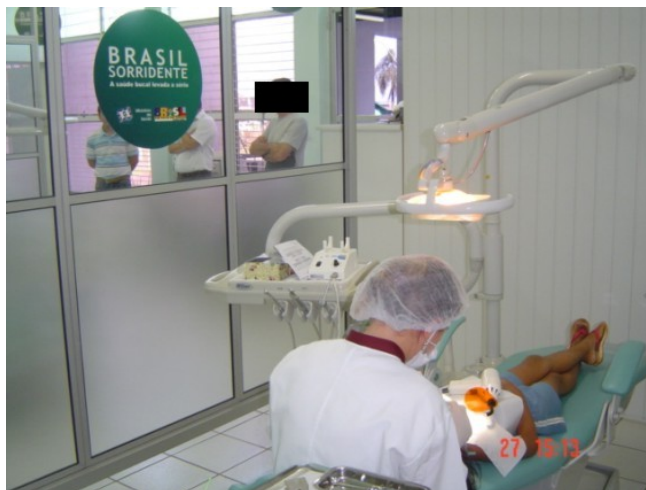


Figura 9 - Atendimento Ortodôntico no CEO 1 de Caçador (SC)

### *A Ortodontia no CEO de Caçador*

O CEO é filiado ao “Brasil Sorridente” (PNSB) e o pioneiro a oferecer o serviço em termos de cidade de pequeno porte. O centro de saúde se coloca ainda em um parâmetro em excelência, segundo fontes do MS durante visitas e observações às instalações da unidade. O estado de Santa Catarina também o preconiza como modelo, não só pelo atendimento ortodôntico, mas por todo trabalho desenvolvido no referido CEO. Situações ratificadas por nossa observação participativa.

### *Fluxo da clientela*

Existem hoje cerca de 200 pacientes em tratamento ortodôntico e ortopédico, no CEO, ficando o fluxo da clientela subordinado ao final do tratamento de algum paciente. A chamada para o mesmo obedece a um rol confeccionado segundo as necessidades oclusais dos pacientes em potencial.

### *Referência e contra-referência*

A clientela chega referenciada pela atenção primária, conforme já foi discutido, e passa por uma triagem mais específica feita pelos ortodontistas que atendem no Centro de Especialidades. Foi-nos informado a grande dificuldade pertinente neste processo, constituindo-se uma barreira para um melhor funcionamento dos serviços.

### *Tipologia de tratamento*

Uma grande particularidade do CEO é a atuação em Ortodontia preventiva feita junto às grávidas e às crianças na faixa etária de 0 a 6 meses. São ministradas palestras esclarecedoras às gestantes e as informações passadas visam a redução da incidência de

algumas más oclusões preveníveis, como as causadas por hábitos bucais deletérios, por exemplo.

As crianças com idade até 12 anos que apresentam uma má oclusão em processo de instalação ou já instalada são encaminhadas à clínica de Ortodontia e o atendimento neste ambulatório, além de preventivo, é interceptativo. Este serviço funciona em dois dias da semana, sendo que no primeiro são atendidos pacientes de Caçador, e no segundo, pacientes das cidades satélites do município.

A aparatologia disponível, oferecida neste CEO, passa por: disjuntores Haas e hyrax; barra palatina; grade lingual; arco lingual; AEB (Aparelho Extra Bucal); máscara facial; mentoneiras; Placas Lábio Ativas (PLA), mantenedores de espaço tipo banda-alça, além de aparelho ortodôntico fixo parcialmente montado para fechamento de diastemas.

#### *Confecção da aparatologia*

Os aparelhos que não são fixos totais são confeccionados nos próprios limites do CEO, no laboratório de prótese. Esse trabalho é feito por pessoal de nível técnico, supervisionado pelos ortodontistas.



Figura 10 - Confeção de aparelhos ortodônticos no CEO 1.

#### *O modus operandi do atendimento*

De forma bastante humanizada e com um atendimento padrão, o paciente recebe a manutenção do tratamento em horários previamente agendados e em consultas que decorrem em períodos de 30 minutos, em média, tempo suficiente para um atendimento de excelência. Devido à grande demanda e ao pequeno número de profissionais, as consultas – manutenções

são agendadas para o período de 45 em 45 dias. Com as exceções feitas nas disjunções palatinas, que requerem um acompanhamento semanal.

As regras da clínica são também rigorosas para os pacientes, quanto à assiduidade e cooperação no tratamento. Duas faltas consecutivas, sem justificativa e/ou duas avarias na aparatologia implicam em sanções que vão desde a suspensão de consultas até a paralisação do tratamento, compartilhando com a criança e seus responsáveis a responsabilidade no resultado terapêutico.

#### *Protocolo de atendimento ortodôntico*

Na ausência de diretrizes protocolares referentes ao tratamento ortodôntico, a equipe responsável pelo atendimento em Caçador elaborou seu próprio protocolo, que vem sendo rigorosamente seguido e bem executado.

#### *Documentação ortodôntica*

Os pacientes em tratamento neste CEO possuem documentação ortodôntica completa. As radiografias e fotografias são feitas em clínicas conveniadas com a prefeitura municipal e recebem pelo serviço terceirizado. Os modelos são confeccionados no próprio ambulatório de odontologia, sendo a moldagem feita pelo ortodontista e a parte laboratorial, pelo TPD. Há todo um esforço por parte da CMSB para a compra de equipamentos essenciais à confecção desta documentação, como aparelhos de raios-X, máquinas fotográficas digitais, dentre outros. Desta forma, seria sanada uma das dificuldades na dinâmica dos serviços.

#### *Impressões finais sobre o CEO de Caçador-SC*

Pode-se notar que realmente a assistência à saúde bucal do município é diferenciada. O CEO se constitui em um ambiente aprazível, humanizado e tem como carro-chefe e principal atração o atendimento ortodôntico. E esse, apesar de ser oferecido em moldes de excelência, ainda apresenta problemas, que fogem à vontade da equipe envolvida com o mesmo.

- Referência e triagem;
- Confecção da documentação;
- Protocolo unificado de atendimento.



Esses detalhes, contudo, não diminuem o mérito da equipe do CEO1 de Caçador, pelo contrário, mostra a capacidade dos atores alocados no estabelecimento em contornar adversidades e pontos críticos a serem solucionados.

#### **B - CEO Centro – Fortaleza (CE)**

A visita à Fortaleza (CE) concedeu-nos a oportunidade ímpar de observar proximamente o desenrolar de ações exemplares em saúde bucal pública especializada. A hospitalidade e organização marcaram a observação praticada no CEO-Centro. Transcendendo a importância científica e investigativa da visita, adicionou-se a importância política, pois fomos recebidos, na ocasião, pelo Coordenador Estadual de Saúde Bucal, pelo Secretário de Saúde do estado do Ceará, com quem em um colóquio informal, discutimos os rumos da Ortodontia no SUS, de Fortaleza, do Ceará e por fim, do Brasil.

#### *Organização da saúde bucal no estado do Ceará*

O estado do Ceará está dividido político-administrativamente em seis macrorregiões sanitárias e essas em 21 outras microrregiões. Cada macrorregião contém um CEO referência para os municípios que a compõem. Esses CEOs são de responsabilidade do estado do CE, mesmo apresentando uma forma tripartite no financiamento. O CEO-Centro de Fortaleza é uma dessas instituições.

Os demais 68 CEOs do estado estão dispostos em municípios referência nas microrregiões e são de responsabilidade do governo federal, portanto inseridos na PNSB, diferentemente dos CEOs macrorregionais, de responsabilidade do estado do Ceará.

#### *Financiamento das ações de saúde bucal no estado do Ceará*

O Governo do Ceará se mostra como a principal fonte mantenedora dos CEOs localizados nas cidades pólo das macrorregiões, e na capital, neste caso o CEO –Centro. São repassados para este último R\$ 287.500,00 mensalmente para compra de insumos e para reformas no espaço físico. A mesma instância governamental se encarrega também da folha de pagamento dos funcionários. O SUS repassa, por mês, ao estabelecimento a quantia de R\$61.061,80 referentes à produtividade do CEO.

#### *Fortaleza no contexto sanitário e social*

Fortaleza, a capital do Ceará, é uma metrópole cuja população supera os dois milhões de habitantes, e apesar da excelência nos serviços prestados em odontologia especializada, possui limitações na rede básica odontológica, ainda apresentando uma baixa

inclusão de sua população na cobertura da ESF, cerca de 50%. Mas é no município que se encontra o berço da odontologia pública especializada brasileira no primeiro Centro de Especialidades Odontológicas do Brasil - o CEO-Centro. E é na organização, na dinâmica e na qualidade dos serviços prestados por esta instituição que o MS se baseou para a criação dos CEOs do “Brasil Sorridente” (PNSB), conforme declarações da gerência e da CESB-(CE). E é esta instituição que concentra todos os atributos necessários para um modelo em assistência ortodôntica pública no Brasil, conforme descrito a seguir (atestado pela visita ao mesmo).

#### *O Centro Especializado de Odontologia (CEO – Centro)*

O Centro Especializado de Odontologia (CEO-Centro) é uma unidade de saúde *suis generis*, tanto pelo pioneirismo e a forma arrojada com que presta serviços especializados odontológicos, como pela sua relação com a PNSB. Apesar de ser um CEO, o estabelecimento não está credenciado pela referida política, ou seja, não foi criado ou implantado pela nova política de saúde bucal do Governo Federal se trata de uma instituição de saúde estadual.



Figura 11- Fachada do Centro Especializado Odontológico - CEO–Centro de Fortaleza-CE.

O CEO-Centro foi fundado em 1965, na época como Centro de Treinamento Odontológico, estabelecimento que visava o atendimento às especialidades odontológicas, oferecido por 16 dentistas. Em 1997, após 32 anos de fundação passou a ser conhecido pela denominação atual. Outro objetivo da instituição era reciclar o conhecimento dos dentistas da rede pública, sediando um estágio obrigatório de 60h para os profissionais antes de assumirem suas funções em qualquer centro de saúde da capital cearense.

Em 1996/97, uma nova era se inicia na história da instituição. Houve a ampliação da estrutura física, o que possibilitou, no ano de 2003, que todas as especialidades

odontológicas estivessem contempladas no rol assistencial desenvolvido em seus limites. Desde essa época, a missão e o compromisso da instituição vêm sendo resumidos por esta frase retirada de uma placa situada na entrada do CEO- Centro:

Garantir a Saúde Bucal da população usuária do SUS na atenção secundária e terciária com ênfase às pessoas portadoras de fissura lábio-palatal e outras deficiências; urgência/emergência em Odontologia 24h; bem com atuar como pólo de ensino, pesquisa e treinamento.

Hoje, em seus 43 anos, o CEO-Centro é modelo de impacto nacional em atendimento odontológico especializado, abrangendo todas as áreas da odontologia, sem exceções. Além de sua excelência no setor, faz incursões na reciclagem profissional através de cursos oferecidos em seus domínios; e na formação profissional através de estágios. O estabelecimento ainda se posta com grande autonomia na área administrativa: todo o material de impressão gasto pela unidade, como *folders*, folhetos, fichas clínicas e prontuários são criados no local pelo centro de informática e impressos na minigráfica própria. Para suporte técnico aos equipamentos e insumos odontológicos como cadeiras, aparelhos de raios X, compressores, o CEO dispõe de uma equipe técnica permanente.

#### *Área física*

O CEO ocupa uma área com cerca de 2.060 m<sup>2</sup> onde a capacidade instalada do mesmo é algo em torno de:

- 42 Consultórios Odontológicos, distribuídos em 12 clínicas ambulatoriais;



Figura 12 - Clínica de Ortodontia do CEO-Centro

- Centro de rádiodiagnóstico com 04 aparelhos de raios X para tomadas de radiografias periapicais; 02 aparelhos para tomada de telerradiografias;
- 01 Laboratório de Próteses;
- 01 Laboratório de Ortodontia;



Figura 13 - Laboratório de Ortodontia e confecção dos aparelhos ortodônticos

- 01 Sala de Traçados Cefalométricos;
- 01 Sala de Informática;
- 01 Escovódromo;
- Um anfiteatro com capacidade para 140 pessoas;



Figura 14 - Anfiteatro do CEO-Centro

- Um centro de estudos;



Figura 15 - Centro de Estudos Prof. Wilson Dias

- Uma biblioteca.
- Uma minigráfica.
- Centro de esterilização e de biosegurança.



Figura 16 - Central de esterilização do CEO -Centro

Em breve (já em processo de licitação para construção) será implantado um centro cirúrgico para o atendimento multidisciplinar a fissurados lábio-palatais e também a pacientes com necessidades especiais.

### *Recursos Humanos*

O quadro de funcionários do CEO conta com 272 profissionais, distribuídos conforme mostrado a seguir:

- 144 Dentistas, distribuídos nas áreas de: Endodontia (16); Periodontia (11); Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial (6); Estomatologia (2); Odontopediatria (20); Radiologia (4); Odontologia Estética (12); Prótese Dentária (16); Dentística (4) e Ortodontia (22);

- 02 Enfermeiras. O serviço de enfermagem coordena a esterilização e o controle de infecções nas clínicas;

- 04 Assistentes sociais, envolvidas na atenção assistencial ao paciente;

- 105 funcionários de nível médio distribuídos em funções como ACDs, THDs e TPDs técnicos em radiologia, em computação e responsáveis pelos equipamentos odontológicos;

- 18 Auxiliares de Serviços Gerais e 09 Seguranças, que prestam serviços terceirizados à clínica.

### *Competências e capacitações em RH*

Grande parte dos cirurgiões-dentistas lotados no CEO cursaram, além de suas especializações, alguma pós-graduação *stricto sensu*, nível Mestrado e Doutorado, seja na sua própria área de atuação na odontologia ou em Saúde Coletiva. É imperioso salientar também que a direção do CEO incentiva a capacitação profissional, inclusive financiando cursos de pós-graduação para seu pessoal, seja em Fortaleza ou em outra grande capital.

Os ACDs, THDs e TPDs que, respectivamente, cuidam das agendas, auxiliam na operatória clínica e confeccionam as próteses odontológicas e os aparelhos removíveis, também têm sua reciclagem e capacitação estimuladas.

### *Os serviços prestados pelo CEO*

Além do que já foi exposto, o CEO oferece:

- Atendimento multidisciplinar a fissurados: a correção ortodôntica é feita nas clínicas do CEO enquanto o atendimento hospitalar (cirurgia plástica, reparadora e estética) é feito em hospitais públicos parceiros daquele estabelecimento;

- Atendimento emergencial 24h: os quatro dentistas plantonistas se revezam nessa tarefa acompanhados de um THD;

- Cursos de capacitação: através de seu centro de estudos, o CEO-Centro promove e organiza eventos como jornadas acadêmicas e cursos diversos na área de Odontologia, realizados no anfiteatro da unidade;

- Estágios supervisionados a acadêmicos de odontologia: a unidade também sedia estágio discente em parceria com universidades e faculdades de odontologia da região;

- Ouvidoria: um símbolo da excelência e humanização no atendimento prestado neste centro foi a instalação da ouvidoria do CEO, onde o usuário pode diretamente fazer críticas e pedidos, além de dar sugestões para o serviço.

#### *Clientela*

Atualmente, passam de 20 mil os pacientes em atendimento na unidade. Além de ser referência especializada para toda a região metropolitana de Fortaleza, o CEO também atende a pacientes encaminhados pela rede básica de todo o Ceará e ainda de municípios de outros estados, fronteiriços.

#### *A atenção ortodôntica*

Impressiona o serviço ortodôntico prestado na instituição, seja pelo fluxo e quantidade de pacientes atendidos e também pela qualidade no atendimento.

#### *Especialistas em Ortodontia e Ortopedia*

Atualmente, são 22 os Ortodontistas que se revezam atendendo em uma clínica equipada com nove consultórios completos. Em cada consultório, um ortodontista trabalha auxiliado por um THD durante todo o período laboral. Os profissionais atuam em turnos que iniciam às 7:00h e terminam às 19:00h no qual cada Ortodontista atende a 24 pacientes/dia, se o tratamento utilizado for ortopédico, ou a 16/dia se o tratamento for feito com o aparelho ortodôntico fixo convencional.

#### *Tipologia do tratamento e aparatologia*

O tratamento recebido pelos usuários desta Clínica de ortodontia deve ser tomado como exemplo de humanização, eficiência e excelência. Pode-se notar, durante as consultas, o tempo suficiente para a realização de um bom trabalho, o empenho dos profissionais e a satisfação da clientela.

São oferecidos tratamentos ortodôntico e ortopédico facial com ortodontia fixa e removível. As ações não são somente preventivas e interceptativas, mas também curativas com aparatologia ortodôntica fixa convencional.

#### *Confecção dos aparelhos*

Os aparelhos ortopédicos são confeccionados no laboratório de Ortodontia por TPDs. Dentre esses aparelhos pode-se citar: Bionator, expansores de Haas e Hyrax, contenções ortodônticas, aparelho de Planas, equiplan, pendulum, barra lingual, grade palatina, aparelho de Nance, placa lábio-ativa e placa miorreaxante.

#### *Clientela*

Encontram-se tratando hoje no CEO cerca de 2.728 pacientes ortodônticos (além de outros 334 portadores de fissura lábio-palatal).

#### *Protocolo de atendimento*

Os ortodontistas da unidade elaboraram juntos um protocolo clínico, adequado à realidade de Fortaleza e do público alvo do atendimento, que é seguido por todos.

#### *Referência e contra-referência*

O CEO atende como referência não só da rede pública da cidade de Fortaleza como da macro região da capital. A baixa inserção da ESF nas ações de saúde acaba por determinar que o acesso ao serviço especializado tenda a ocorrer por outras vias. Neste caso, a clínica funciona também como porta de entrada, atendendo a livre demanda, quando o quadro clínico do paciente contribui para essa situação.

Os pacientes referenciados e com a má oclusão já diagnosticada<sup>17</sup> são encaminhados à clínica com consulta agendada, ocasião em que é iniciado o processo de confecção da documentação ortodôntica e do seu prontuário clínico.

A demanda espontânea em Ortodontia consiste no atendimento à clientela em um dia previamente marcado para o agendamento de consultas para novos pacientes. Este procedimento é chamado pelos funcionários do CEO de “dia de triagem”. Os pacientes inscritos são examinados por um dentista e sua má oclusão classificada por métodos

---

<sup>17</sup> Há uma grande queixa por parte da gerência e dos profissionais de Ortodontia do CEO, quanto à dificuldade em receber os pacientes referenciados, pois a indicação nem sempre é correta, o que faz com que o ortodontista perca grande parte do seu tempo realizando uma nova triagem que já deveria ter sido previamente feita de maneira precisa e padronizada.



normativos de acordo com a gravidade da mesma. Em seguida, a clientela é arrolada e aguarda o agendamento com o ortodontista, período que geralmente não ultrapassa três meses.

A preferência para o tratamento ortodôntico, seguindo inclusive recomendações da OMS, é direcionada aos pacientes inseridos na faixa etária até 12 anos. No entanto, casos muito graves ou presença de más oclusões incapacitantes habilitam o paciente, mesmo com idades superiores a 12 anos, ao tratamento no CEO.

### *O atendimento*

A clientela é agendada para a consulta com antecedência e esta tem a duração média de 30 minutos para os pacientes em tratamento ortopédico facial e de 45 minutos para os pacientes em tratamento com o aparelho ortodôntico fixo total.

### *Documentação ortodôntica e prontuário clínico*

Toda a documentação ortodôntica é feita no próprio estabelecimento, tanto as radiografias específicas para a Ortodontia quanto as fotografias, modelos ortodônticos em gesso e os prontuários clínicos. Os modelos são acondicionados em caixas próprias e as demais documentações são reunidas em uma pasta que juntamente com o modelo é armazenada no arquivo do CEO (Figura 17).



Figura 17 - Arquivos com os prontuários e documentação ortodôntica dos pacientes de ortodontia do CEO -Centro

As tomadas de radiografias dentárias, periapicais, panorâmicas e cefalométricas de perfil são todas executadas no centro de imaginologia do CEO por um técnico em

radiologia funcionário do centro. O especialista em radiologia se encarregará de emitir os laudos radiográficos além do traçado cefalométrico, artifícios especiais que informarão os padrões faciais do paciente.



Figura 18 - Tomada radiográfica de radiografia panorâmica realizada no centro radiológico do CEO-Centro

A fase seguinte é a confecção de um modelo ortodôntico em gesso, que irá reproduzir detalhadamente sua oclusão. Essa moldagem é feita pelos THDs no próprio consultório e o molde é enviado para acabamento no laboratório de prótese.

As fotografias faciais e bucais, com objetivo documental e clínico, também são feitas no próprio CEO. Essas serão adicionadas ao restante das fichas clínicas do paciente em sua pasta documental.

Os pacientes ainda são examinados pelo ortodontista que preenche uma Ficha Clínica de Consulta própria do CEO, estilizada e impressa pela gráfica local. Nesta ocasião são informados seus dados pessoais como endereço, sexo, profissão, escolaridade, entre outros. Em seguida, com um exame clínico minucioso, o profissional constata o estado de saúde geral de saúde bucal do paciente para, baseado em toda essa propedêutica, determinar o plano de tratamento.

### *Considerações finais*

Comprometimento com a alta capacidade técnica e profissional, humanização no atendimento e impecável administração técnico-financeira. Essa tríade resume o sucesso do CEO-Centro de Fortaleza (CE) e é, em termos práticos, o sustentáculo para que, nos seus 43 anos de existência, este centro seja mais que uma referência no atendimento especializado de

odontologia em níveis públicos, e se tornando o modelo seguido na última Política de Saúde Bucal, a PNSB.

#### **4.2.4.2 A tipologia modal no atendimento ortodôntico público brasileiro**

Após uma ampla análise de vários estabelecimentos de saúde, inclusive algumas *in loco*, e amparado por vários colóquios com Coordenadores, Secretários de Saúde gestores e responsáveis pelos serviços de Ortodontia presentes ao longo do país, torna-se tarefa obrigatória discernir os parâmetros que mais se repetem em todas as unidades. Serão relatados a seguir os componentes modais do tratamento ortodôntico em nível público, inerentes a quase todos os serviços.

##### *Recursos Humanos*

Via de regra o número de profissionais oscila entre 1 e 2 ortodontistas, este profissional desempenha o trabalho em todos os centros. Não há a utilização de clínicos gerais para o atendimento ortodôntico nos CEOs<sup>18</sup> e todos os profissionais são vinculados ao estado ou à rede municipal, de modo que o incentivo mensal aos CEOs não é usado no pagamento de seus salários.

##### *Instalações físicas*

No que tange ao espaço físico, com raras exceções, a maior frequência de casos utilizados para o atendimento especializado se deu da seguinte forma: a rede municipal (ou estadual) já contava com as instalações de uma clínica odontológica e este espaço após o credenciamento junto à PNSB do governo federal passa a ser um CEO. Por ocasião deste credenciamento, os repasses para a instalação do CEO são utilizados em reformas ou na compra de novos insumos.

##### *Clientela*

Com raríssimas exceções, a clientela dos Centros de Saúde Bucal são pré-adolescentes e crianças na segunda infância (de seis a 12 anos) com dentição mista e com grande potencial ainda de transformações fisiológicas e desenvolvimentais na cavidade bucal.

---

<sup>18</sup> Só registramos um caso em que o cirurgião-dentista responsável pelo tratamento não era especialista em Ortodontia ou Ortopedia, o CAIF de Colatina ES.

### *Fluxo da clientela*

Na quase totalidade dos estabelecimentos estudados, o fluxo da clientela está condicionado ao final de algum tratamento.

### *Referência e contra-referência*

A clientela chega quase sempre referenciada pela atenção primária, conforme já foi discutido. Todavia, há em torno desse processo, queixas em uníssono, pois sempre é necessária nova triagem mais específica feita pelos ortodontistas que atendem no Centro de especialidades, reduzindo-lhes o tempo de atuação clínica.

### *Tipologia de tratamento*

A aparatologia disponível oferecida pela totalidade dos EPSBs se constitui quase exclusivamente por aparelhos ortopédicos removíveis. Em alguns centros, os aparelhos ortodônticos para pequenos movimentos dentários também são utilizados. Esses dois tipos de aparatologia majoritariamente são: disjuntores Haas e hyrax; barra palatina; grade lingual; arco lingual; aparelho extra bucal; máscara facial; mentoneiras; placas lábio ativas, mantenedores de espaço tipo banda-alça. O aparelho ortodôntico fixo convencional é usado em poucos casos para fechamento de diastemas.

### *Confecção da aparatologia*

A utilização do próprio ortodontista nessa tarefa, consome ainda mais suas horas clínicas que poderiam ser direcionadas para outros.

### *O modus operandi do atendimento*

Consultas previamente marcadas, numa periodicidade que vai de quinzenal a mensal, caracterizam os tratamentos realizados em quase todos os estabelecimentos contatados. Todos os centros parecem primar pela organização (essencial à prática ortodôntica) e pela resolutividade. A duração dessas consultas está entre 20 e 30 minutos, e a maioria dos serviços dispõe de um dia destinado somente a consultas de novos pacientes, o que sempre organiza o serviço.

### *Protocolo de atendimento ortodôntico*

Não há registros de Centros de Saúde Bucal que estejam utilizando algum protocolo seja do MS, seja de uma secretaria estadual. A vultosa maioria dos centros adota seu “próprio protocolo”. Portanto, não há uma padronização nacional - ainda que passível de

adequações *vis a vis* às necessidades locais - que possa servir como uma diretriz para o tratamento ortodôntico público.

#### *Documentação ortodôntica*

O próprio estabelecimento de saúde ou a Prefeitura do Município celebram convênios com clínicas de radiologia que executam o serviço. A utilização de LRPDs e laboratórios próprios para confeccionar modelos de gesso e a utilização de aparelhos de raios X próprios para a confecção das radiografias necessárias ao tratamento foram fatos raros nesta busca.

#### *Financiamento*

A maior parte dos estabelecimentos estudados são CEOs habilitados pela PNSB e recebem do Governo Federal um incentivo para custear suas ações. Todavia, os gerentes e os gestores concordam com a escassez desses recursos e, em quase todos os casos, se faz necessária uma complementação municipal ou estadual. Essas últimas esferas federadas, em se tratando de CEOs ou de não CEOs, co-participam do financiamento dos programas de odontologia especializada direcionando seus recursos humanos para compor o quadro da unidade. Pode-se inferir que para a sustentação da PNSB há uma real necessidade da participação das três esferas federadas.

#### **4.2.4.3 *Outras modalidades não ortodoxas de atenção ortodôntica pública***

Nas cidades de Arapiraca (AL), Duque de Caxias (RJ) e Angra dos Reis (RJ), o serviço ortodôntico não está ligado diretamente a um centro de saúde bucal ou a um CEO. Como não dispusemos de dados referentes ao desenrolar do atendimento em Arapiraca, foi necessária uma visita às instalações das clínicas conveniadas com as Prefeituras de Angra dos Reis e Duque de Caxias. Desta visita, foi possível extrair algumas nuances da operatória que ali têm lugar. Esses serviços serão aqui descritos em conjunto, dadas às semelhanças existentes entre ambos, pois são prestados por filiais da mesma clínica odontológica privada contratada pelas prefeituras das referidas cidades.

As prefeituras dos últimos municípios, através de sua Secretaria Municipal de Saúde, celebram um convênio com uma clínica prestadora de serviços ortodônticos. Neste instrumento são determinados os valores de cada atendimento e o número dos mesmos que é limitado, em comum acordo entre partes. A entrada de nova clientela fica sujeita a outros contratos, que podem ser firmados dependendo da necessidade. A clínica utiliza de seu

peçoal: ortodontistas, THDs e ACDs, além de TPDs que se encarregam da parte laboratorial da assistência ortodôntica. Além do tratamento ortodôntico em si, a própria unidade se encarrega de produzir toda a documentação necessária ao diagnóstico. Os valores monetários referentes aos serviços descritos acima, previstos em contrato, são repassados à administração mensalmente.

#### *Recursos Humanos*

No estabelecimento conveniado com a Prefeitura de Duque de Caxias existem, envolvidos no serviço, 22 ortodontistas, THDs e recepcionistas. Nenhum dos profissionais está vinculado diretamente ao serviço público, são funcionários que recebem seus honorários via proprietário da clínica.

O sistema é similar na cidade de Angra dos Reis, porém o serviço ortodôntico é executado por um número menor de ortodontistas, no caso quatro profissionais.

#### *Clientela*

Em Duque de Caxias, a clientela é composta por indivíduos de todas as idades, podendo todos os cidadãos usufruírem dos serviços, desde que haja a referência de um profissional da rede básica. Essa situação não se repete em Angra dos Reis, onde a entrada para o tratamento está facultada a indivíduos até 16 anos.

#### *Fluxo da clientela*

Visando limitar o número de pacientes assim como os custos, as prefeituras desses dois municípios em discussão firmaram um contrato com a clínica ortodôntica para que fosse feito o atendimento a uma determinada clientela. Atualmente, estão sendo tratados 2.300 pacientes em Duque de Caxias e 800 em Angra dos Reis.

#### *Referência e contra-referência*

Apesar de o tratamento ortodôntico não estar diretamente ligado a um centro público de saúde, é necessário que o paciente seja referenciado pela rede básica de saúde bucal. Os clínicos gerais detectam ou suspeitam da necessidade de intervenção ortodôntica e encaminham o paciente para a clínica conveniada. O paciente então passa por uma nova consulta, em que é atestada a real necessidade de tratamento e tem início todo o processo de diagnóstico já descrito anteriormente.

#### *Tipologia de tratamento*

Um outro lado positivo presente nesta modalidade público-privada de prestação de serviços ortodônticos se deve ao fato de que os tratamentos são oferecidos de forma completa, tanto a fase ortopédica (quando há necessidade) quanto a Ortodontia convencional, com aparelhos totais. Esses últimos, no entanto, são de uso mais freqüente, tanto nas clínicas prestadoras de serviço à prefeitura municipal de Duque de Caxias, quanto de Angra dos Reis, totalizando em ambas 80% dos tratamentos.

#### *Confecção da aparatologia*

Os aparelhos removíveis, quando são utilizados, são confeccionados por um laboratório de prótese dentária particular que presta serviço à clínica que, por sua vez, vende o serviço à Saúde Pública Municipal.

#### *O modus operandi do atendimento*

As consultas são agendadas mensalmente e são realizadas em um período de 5 a 10 minutos de acordo com o tipo de aparelho utilizado pelo paciente. É um curto período, mas compreensível devido à grande demanda e ao grande número de pacientes. Para uma maior organização operacional, os pacientes “do SUS” são atendidos em dias distintos dos demais pacientes do estabelecimento. Os usuários do serviço ainda recebem, quando necessário, atendimento fonoaudiológico, como sinergista do trabalho realizado em Ortodontia.

#### *Protocolo de atendimento ortodôntico*

Não são utilizados protocolos de atendimento, que é feito de forma convencional de acordo com as técnicas ortodônticas de diagnóstico e tratamento, compartilhados pelos profissionais que atuam em ambas as unidades.

#### *Documentação ortodôntica*

Os municípios também financiam toda a documentação ortodôntica para o paciente. As radiografias, fotos e modelos confeccionados antes do início do tratamento são feitas nas próprias clínicas visitadas, que contam com equipamentos de raios X panorâmicos e cefalométricos, além de instalações laboratoriais de radiologia e de prótese em suas dependências.

## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS DA PESQUISA

Quando nos remetemos aos resultados do SB-Brasil, 2003 podemos ver que os únicos dados “eminente publicos” relativos ao assunto – más oclusões no Brasil – se referem à epidemiologia da questão. Além da dificuldade de embasamento literário no que tange à existência de pesquisas, as publicações e números sobre as ações de Ortodontia no SUS, praticamente, nos remetem aos patamares de décadas passadas. Nada mais natural, então que Coordenações de Saúde Bucal, sejam elas estaduais ou a nacional, não tenham ainda o conhecimento da aproximação, revigorada pela PNSB, da Ortodontia com o SUS (ANEXOS 1 e 2).

Quando nos remetemos à utilização de dados epidemiológicos em planejamento de ações sanitárias deve-se pesar ainda o fato de os dados sobre saúde bucal no Brasil, segundo RONCALLI (2006), possuírem “contaminações” devido às diversas maneiras com que são medidos e principalmente devido à utilização em pesquisas de dados secundários produzidos pelos serviços de saúde, segundo ele números passíveis de distorções. Outro fato ressaltado pelo mesmo autor é o fato de os países desenvolvidos já apresentavam uma base de dados sobre saúde bucal desde os primórdios do século XX, diferentemente do Brasil que atentou para esse processo tardiamente, realizando seu primeiro grande levantamento somente em meados da década de 80.

Unicamente com o acesso aos dados se pode lançar mão de ações preventivas, educativas e curativas com a necessária amplitude. Acesso esse que prescinde da formulação de estratégias e organizações de serviços de saúde. Nesta direção, o projeto SB 2003 (BRASIL, 2003) surgiu como uma proposta ambiciosa que veio tentar corrigir as deficiências dos estudos epidemiológicos anteriores em Saúde Bucal. Mas foi a contemplação na pesquisa de todos os agravos à saúde bucal –inclusive as más oclusões – que renderam as maiores conquistas deste projeto. E de acordo com o próprio RONCALLI (2006) constituiu-se aqui o maior marco da epidemiologia em saúde bucal brasileira, com a geração de dados primários que instituíram, na realidade, a matriz para a construção de um modelo de vigilância em SB, fornecendo subsídios importantes para a nova PNSB.

A parceria entre a coleta de novos dados e a nova política de saúde bucal pode render garantias ao sucesso desta última, assim como facultar avaliações de eficácia da mesma e novas frentes de atuação dentro desse setor. Os números relativos à presença do tratamento ortodôntico no serviço público ainda eram, até o presente momento,



desconhecidos, inclusive desconhecidos também eram a localização geográfica e o modelo operacional desses serviços. Como afirmaram FRAZÃO et al. (2007), o tratamento ortodôntico não é uma ação tipicamente coberta pelo sistema público de saúde brasileiro. E, com isso, justifica-se a escassez de informações nesta direção. Torna-se importante, então, a ponderação de que carecemos de subsídios quantitativos e qualitativos sobre o que acontece na Saúde Pública abrangendo a correção das más oclusões.

Esta necessidade de conhecimento sobre os pressupostos dados motivou a busca por núcleos de tratamento ortodôntico público para que se pudesse conhecer sua realidade político-social, compartilhar suas experiências e discutir sobre seus problemas e soluções. Foram encontrados 42 “nichos” identificados pelas divisões de saúde estaduais e confirmados pelo CNES.

Após a análise dos resultados da pesquisa, foi possível inferir que a presença do tratamento ortodôntico público no país obedece a uma heterogeneidade tanto na distribuição territorial tanto quanto no porte das cidades evidenciadas. Notificações desta presença marcaram todas as cinco regiões geográficas do Brasil, abrangendo 20 unidades estaduais, não sendo detectados esses serviços em apenas sete estados da federação e no Distrito Federal. Houve também diversidade no que tange ao número de habitantes dos municípios, à sua importância regional e ao seu engajamento relativo à saúde bucal. A incipiente correção das más oclusões dentárias está sendo oferecida pela rede pública de metrópoles, grandes centros urbanos e cidades de médio e pequeno porte, que têm em sua rede municipal de saúde diferentes relações com projetos e políticas de alcance nacional.

Mesmo antes da implantação da PNSB já existiam centros de referência em Ortodontia em alguns municípios. Um deles, inclusive, o de Fortaleza (CE), foi o espelho do MS na concepção dos CEOs, segundo fontes da CESB do Ceará, por ocasião de nossa visita feita àquele centro. Ainda ficou notório nesta pesquisa que, no final da década de 90, só se registrava o histórico de três unidades de atendimento ortodôntico público ao longo do país, duas no estado do Paraná (Curitiba e Paranavaí) e a outra na cidade do Rio de Janeiro - Instituto Oscar Clark. O número sobe para quatro em 1997, quando o CEO-Centro de Fortaleza (CE) começou a oferecer o serviço. A quantidade de unidades de saúde com ações similares só ultrapassou a marca de dois dígitos nos idos da primeira década do século XXI (chegando a 42 em 2008) com a entrada dos CEOs no cenário nacional de Saúde Bucal. Mostrou-se, assim, que a criação destes, pela PNSB, deu um novo estímulo à atenção especializada odontológica e, também, à ortodontia pública.

Os CEOs não são os únicos centros de Saúde Bucal a oferecer serviços corretivos dentários, porém são a ampla maioria em relação aos demais, respectivamente  $n=37$  e  $n=5$ . No entanto, esse serviço representa menos de 6% de todos os CEOs brasileiros, que somam até o momento, 675 unidades (BRASIL, 2008).

Na Região Norte, a despeito do número de CEOs (33), o serviço ortodôntico é oferecido por 2 deles, o que denota a existência de referência para tratamentos de saúde nos centros urbanos de maior destaque nesse território geográfico. Ambos os serviços de Saúde Bucal se localizam em cidades referência: uma capital (Belém-PA) e a segunda mais importante cidade do estado de Tocantins (Araguaína).

Outra situação que merece destaque está presente na Região Sudeste, esta com a maior concentração populacional do Brasil apresenta o maior número de CEOs (215) e o maior número de Centros Públicos que oferecem ortodontia, em relação às demais ( $n=21$ ). Aqui, outra peculiaridade deve ser considerada: segundo o CFO (2008), neste território se encontram quase 80% dos cursos de especialização em Ortodontia e em Ortopedia existentes no país. Então, muitos desses cursos vinculados às Universidades públicas, conveniadas com o SUS, acabam por contribuir com a aproximação da Ortodontia com o serviço público.<sup>19</sup> No estado de São Paulo, por exemplo, registra-se aproximadamente 40 clínicas-escola oferecendo o tratamento ortodôntico a preços inferiores aos praticados no mercado (FRAZÃO et al. 2007). E em outras instituições -UFJF por exemplo - o atendimento é feito de forma quase gratuita, dependendo da renda familiar do paciente.

Quanto à Região Sul, mais precisamente o estado do Rio Grande do Sul, é imperioso que se registre uma recente informação sobre três cidades gaúchas – Bagé, Panambi e Uruguaiana – que serão brevemente contempladas com o serviço de Ortodontia em seus respectivos CEOs, segundo a FAMURS.

### **5.1 Os municípios que oferecem tratamento ortodôntico em sua rede pública**

Segundo o Departamento de Assuntos de Descentralização (BRASIL, 2008e) o fluxo de pacientes em busca espontânea por atendimento associa-se em larga escala aos processos de desenvolvimento econômico social e urbano, ou seja, ele segue um processo de regionalização no qual é seguida uma vocação de alguns municípios para constituírem-se

---

<sup>19</sup> Para maiores informações, deve-se remeter a MACIEL (2003). Esta Dissertação de Mestrado trata também do papel da UFJF no oferecimento de serviços corretivos dentários à população.

como cidades pólo de referência. A regionalização então figura entre as iniciativas do MS para atingir a integralidade do acesso e a redução das desigualdades sociais.

A Divisão Regional em macrorregiões a partir de uma perspectiva histórico-espacial enfatiza a divisão inter-regional da produção no país (IBGE, 2008). E a divisão dessas macrorregiões em mesorregiões parte de determinações em nível conjuntural, identificando áreas individualizadas em cada uma das Unidades Federadas, surgidas por determinação do processo social que teve lugar sobre a geografia da região.

As microrregiões, por sua vez, se caracterizam por divisões das mesorregiões agregando municípios com similaridades de cunho não só geográfico, mas histórico e social. A cidade pólo microrregional seria o “articulador espacial” na rede de comunicação entre as demais. Esse processo é importante uma vez que mais de 70% dos municípios brasileiros possuem menos de 20 mil habitantes (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2008) e são dependentes das referidas cidades pólo para diversos assuntos que transcendem sua infraestrutura.

Para o IBGE (2008), a importância desta regionalização estaria na elaboração de políticas públicas; no subsídio ao sistema de decisões quanto à localização de atividades econômicas, sociais e tributárias; no planejamento, estudo e identificação das estruturas espaciais de cada região ou município. Assim sendo, as cidades pólo, seja de cunho regional, mesorregional ou microrregional, assumem um papel de referência também nos serviços de saúde. Neste sentido, a CONSTITUIÇÃO FEDERAL (1997), em seu Art. 198, prevê que a assistência à saúde deve estar organizada de forma regionalizada.

Num país de dimensões continentais, imensas diferenças geográficas, culturais e sociais, há uma tendência no surgimento de centros urbanos cuja influência pode ser sobre um conjunto de municípios de uma microrregião ou de uma mesorregião geográfica ou político-estratégica. Dos 5.567 (Fundação João Pinheiro, 2008) municípios brasileiros, a Ortodontia está presente na rede pública de 39 cidades, que em sua maioria, exercem uma certa referência regional circunscrita. Os municípios de médio e grande porte, com influência mesorregional, formaram o maior grupo a oferecer tratamento ortodôntico público, correspondendo a 18% do total (n=7) e quando somados aos municípios exercendo influência microrregional esse percentual sobe para 40% (n=15), ratificando o forte processo de regionalização presente no Brasil. Em termos de referências culturais, econômicas e em assuntos de saúde, a NOB 01/93 (BRASIL, 1993) já considerava a descentralização das ações e serviços de saúde uma

“ousadia em se cumprir e se fazer cumprir a lei”, pregando a implantação de um sistema de referência e contra-referência municipal, regional, estadual e interestadual.

Além de garantir o acesso à população a serviços que sobrepujam em qualidade e/ou complexidade a escala municipal ou local, o processo de regionalização em saúde tende a reduzir as desigualdades sociais e territoriais, facilitando o acesso aos serviços de saúde no país e contribuindo para o fortalecimento dos municípios, através do que também preconizou a NOB 01/93: articulação e mobilização municipal (BRASIL, 1993).

O assunto dada a sua importância também teve destaque nas NOB/96 (BRASIL, 1997) e na NOAS/2001 (BRASIL, 2001) esta última estabeleceu a estratégia em discussão como prioridade para a promoção da equidade no acesso. O Pacto Pela Saúde (BRASIL, 2006d) também reafirma a regionalização, diretriz do SUS, como um dos seus eixos estruturantes e ainda defende que esse processo orienta a descentralização das ações de saúde e a negociação entre os gestores. Essa última deve considerar as características geográficas, o fluxo de demanda, o perfil epidemiológico, a oferta de serviços, e acima de tudo, a vontade política expressa pelos municípios.

No que tange à atenção ortodôntica pública, tornou-se clara a importância das cidades pólo regionais ou estaduais no processo de aproximação desta especialidade com o SUS. Devemos ressaltar a necessidade de fortificação dos consórcios intermunicipais de saúde, em que o município detentor de recursos humanos capacitados, de maior capacidade instalada e ainda de maiores recursos financeiros, se habilita ao atendimento das populações fronteiriças. Citamos aqui o exemplo de Caçador (SC) que mesmo não sediando a microrregião em que se encontra, lidera um consórcio facilitado pelo governo estadual de Santa Catarina, disponibilizando atendimento ortodôntico para pacientes de 15 cidades vizinhas.

No tocante aos indicadores sociais, o Brasil, um país com pouco mais de 185 milhões de habitantes, tem seu PIB *per capita* equivalente, em Reais, a 11.658 e seu IDH em torno de 0,800 (PNUD, 2008). Esses últimos números o colocam na categoria de detentor de indicadores sociais baixos (posição 72 no *ranking* dos países). De um modo geral, os municípios em que está presente o serviço ortodôntico público, apresentaram um IDH relativamente bom (ou ótimo em alguns casos) e superior ao nacional em quase 33% deles (n=13). Isso é considerável uma vez que no país, 2.262 municípios apresentam um IDH menor ou igual a 0,700 – limite abaixo do qual passa a ser considerado de baixo desenvolvimento humano –(PNUD, 2008) e apenas sete cidades do grupo estudado estão

nesses patamares. Então é razoável dizer que quanto mais alto o IDH de uma população, há uma tendência que a atenção à sua saúde seja melhor, e quanto melhor a saúde de uma população, mais alto seu IDH. Tamanha é a importância deste indicador no planejamento de políticas e ações de saúde que o MS lançou em 2008 o Programa: “Territórios da Cidadania”, através do qual estão sendo feitas doações de consultórios odontológicos a municípios com baixo IDH (ISHIGAMI, 2008).

O PIB *per capita* das cidades pesquisadas foi maior que o do seu respectivo estado em 12 casos (33%) e todas essas cidades, com exceção de Itabirito (MG), eram municípios de médio e grande porte: Angra dos Reis, Duque de Caxias e cidade do Rio de Janeiro (RJ); Rio Verde e Goiânia (GO); Belém (PA); Araguaína (TO); Vitória da Conquista (BA); Fortaleza (CE); João Pessoa (PB); Osasco e São Paulo (SP) e Curitiba (PR)<sup>20</sup>.

Quanto à população atendida em relação à população total do município ou ao número total de habitantes na faixa etária de cinco a 14 anos é digno de nota que os números denotam a incipiência dos serviços ortodônticos públicos em quase todas as unidades. Nas poucas exceções estão incluídas Fortaleza (CE) município postado na vanguarda deste serviço e com o maior contingente profissional envolvido no trabalho; Paranavaí (PR) que detém o pioneirismo nessas ações, iniciando suas atividades ortodônticas em 1993, e os municípios fluminenses de Duque de Caxias e Angra dos Reis. O relativamente baixo número de pacientes em tratamento nos demais então se explica, pois a maior parte deles passou a oferecer Ortodontia nos últimos quatro anos, e uma vez que esta terapia tem duração média de dois a três anos e a entrada de novos pacientes fica sujeita à alta de algum outro, há um reflexo direto na quantidade de usuários em tratamento. Os dados coletados e informados pelos gestores confirmam, em parte, esta versão, pois quando observamos a média de pacientes atendidos, 423, salienta-se que apenas sete serviços ostentam uma clientela superior a ela.

Os indicadores de saúde estudados na pesquisa expressam parte do perfil dos municípios relativos à atenção básica odontológica. E dentre esses indicadores, sem dúvida, o CPO-D aos 12 anos é o que melhor exprime o quadro epidemiológico em saúde bucal de uma população. O mesmo índice foi bastante satisfatório, de uma maneira generalizada, em todas as localidades objetos da pesquisa, com pouquíssimas exceções, mostrando que o controle das cáries, que vem ocorrendo em escala nacional nas últimas décadas, é destaque nas conquistas

---

<sup>20</sup> O PIB *per capita* dos estados do Rio de Janeiro, Goiás, Pará, Tocantins, Paraíba; Bahia, Paraná e São Paulo em reais, é respectivamente de 16.052; 8.992; 5.617; 6.957; 4.690; 6.583; 12.339; 17.972.

sanitárias dessas cidades. Esse controle pode ainda caracterizar um incentivo a mais para a diversidade na prestação de serviços em saúde, concordando com HEBLING et al. (2007). Quando comparamos o CPO-D, aos 12 anos, dos diversos municípios com o nacional, notamos que 15 dos centros urbanos apresentavam esse indicador em valores inferiores aos detectados pelo SB-2003 (BRASIL, 2003) quando se avalia o país como um todo.

O índice CPO-D nacional, aferido no último levantamento epidemiológico-SB-2003 (Brasil 2003) foi de 2,8 com uma forte queda em relação aos números encontrados em levantamento precedentes, como o de 1986, quando o mesmo índice era de 6,7. Segundo NARVAI et al. (2006), entre o início da década de 80 e a primeira metade da década inicial do Século XXI, o declínio das cáries no Brasil (no caso a redução do índice CPO-D) atingiu impressionantes 61%, uma vez que no ano de 1980 os dados apontam para um valor de 7,3. Apesar desses níveis se postarem em franco declínio, o padrão de prevalência das cáries continua o mesmo, acometendo faixas etárias e camadas sociais de eleição (NARVAI et al., 2006).

Tabela 37 - Levantamentos epidemiológicos realizados no Brasil e o correspondente índice CPO-D encontrado.

Ano do estudo	CPO-D
1980	7.3
1986	6.7
1993	4.8
1996	3.1
2003	2.8

FONTE: NARVAI et al., 2006

Cabe aqui a colocação de que não foi possível obter os valores do CPO-D em alguns municípios da pesquisa, pois nos arquivos eletrônicos do DATASUS estavam disponíveis apenas dados referentes ao levantamento epidemiológico de 1986, como também foi destacado por NARVAI et al. (2006). E os dados obtidos no SB2003 não estão disponibilizados por municípios, dada à metodologia utilizada. Apesar de a portaria do Pacto de Atenção Básica n. 493 de 13 de Fevereiro de 2006 (Brasil 2006e), alterada pela Nota Técnica de 20 de abril do mesmo ano (Brasil, 2006f), dispor sobre a importância dos indicadores de Saúde Bucal – principalmente o CPO-D – na planificação de ações sanitárias,

alguns municípios do estudo não possuem ou não nos informaram esses dados, comprometendo as informações fomentadoras dessa discussão.

A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, corroborando a portaria supracitada sugere que, de dois em dois anos, os municípios, façam a série histórica dos indicadores propostos na portaria n.493, acrescentando ainda o CPO-D aos 12 anos, no intuito de avaliar o impacto das medidas preventivas e de promoção de saúde realizadas no município. Sem as referidas investigações seria impossível o monitoramento desse processo de declínio das cáries (MINAS GERAIS, 2006).

Além da importância direta da redução dos índices de cárie, o conhecimento desse declínio está ligado ao fator más oclusões, pois há implícita a possibilidade de que as últimas, quando causadas por perdas precoces dos dentes decíduos, tendam a diminuir, com a redução da incidência de cáries em uma população. Ratificando essa afirmativa FRAZÃO et al. (2006), aferindo as más oclusões de 10 mil crianças em 131 municípios paulistas, constataram uma maior prevalência do agravo em cidades onde a água não era fluoretada e em crianças de escolas públicas. Conforme os próprios autores supracitados, houve uma razoável ligação entre nível socioeconômico e a patogenia e entre perdas de dentes decíduos e um eventual distúrbio no posicionamento dos dentes sucessores.

Antes de nos referirmos especificamente na consolidação da Ortodontia como integrante das ações do setor público de saúde, é fundamental que os serviços que dão suporte a essa inclusão estejam em pleno funcionamento. Na presente discussão, fica, pois, incluída uma análise da rede básica de Saúde Bucal dos municípios, uma vez que cabe às ESBs, dentre outras tarefas, a alimentação e análise dos sistemas de informação do SUS segundo o Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2008c). Esses bancos de dados devem estar disponíveis para sua utilização no planejamento e na programação em saúde, contribuindo para alcançar o que defende RONCALLI (2006), quando afirma que o estabelecimento de pontos importantes e protocolos de intervenção estão vinculados aos indicadores de Saúde Bucal.

Ainda nos atendo à atenção básica, no que tange aos recursos humanos, a PNSB vem criando cada vez mais empregos diretos para cirurgiões-dentistas, ACDs, THDs e TPDs, além de novos cargos administrativos. Espera-se que o alcance desta política atinja em breve 25 mil novos postos de trabalho (BRASIL, 2008c). Isso possibilitará a toda ESB uma participação no processo de planejamento, acompanhamento e avaliação de projetos

desenvolvidos no território de abrangência das Unidades de Saúde da Família; como também no desenvolvimento de ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal.

Segundo o DAB do MS o número de ESBs atuando hoje no Brasil quase atinge a marca de 17.349, cobrindo 4.294 municípios e atendendo a mais de 83 milhões de pessoas (BRASIL,2008c). A maior parte dessas ESBs (52%) está concentrada na região nordeste, pois de acordo com PUCCA JÚNIOR (2006) é a região mais carente em cuidados com a Saúde Bucal. O presente trabalho corrobora essa observação, pois todas as 11 cidades nordestinas presentes na pesquisa mostravam um percentual superior a 50% para este indicador, e, dentre elas, sete têm sua população 100% coberta por essas equipes.

A média de cobertura populacional pelas ESBs foi aumentando à medida que diminuía o porte dos municípios estudados. Esta média nas metrópoles foi de 33,79% da população, chegando a 100% nos municípios com até 20 mil habitantes. A exceção desta trajetória ascendente da cobertura no sentido inverso do demográfico foi vista apenas nos municípios com população entre 50 e 100 mil habitantes, que apresentaram uma média inferior (39,64%) aos das cidades com população entre 100 e 500 mil habitantes (67,30%).

Analisando os dados do indicador, constata-se uma grande flutuação nos números referentes à média de procedimentos odontológicos individuais, não obedecendo esta a padrões definidos. Em 23 municípios a mesma média não chegou a um procedimento por habitante, o que de certa forma é congruente com a informação de que o sistema público brasileiro é o responsável por apenas 24% dos procedimentos odontológicos, ao passo que o mesmo setor se encarrega de prover 52% dos serviços não odontológicos (NARVAI et al.,2006). Isso é preocupante, pois o Brasil atualmente possui 10 dentistas para cada 1.000 habitantes (CFO, 2008b) e um total domínio de tecnologias de ponta em odontologia. Sendo assim, ao mesmo tempo em que os dados expõem um engessamento da odontologia pública, ajudam a mostrar o longo caminho que esta área médica terá que percorrer para alcançar seu espaço no SUS. Em outras palavras: além das desigualdades em saúde há também desigualdades no consumo de serviços à saúde. Na tentativa de sanar o problema o setor tem recebido um crescente aporte financeiro por parte do governo federal nos últimos anos. Em 2002, este foi de R\$ 56 milhões, passando a R\$ 84 milhões em 2003, R\$ 184 milhões em 2004 e R\$ 535 milhões em 2006. O investimento total com a PNSB, a 1,3 bilhões até o ano de 2006, segundo declarou o Coordenador Nacional de Saúde Bucal, Gilberto Pucca Júnior (PUCCA JÚNIOR, 2006). Já no ano de 2007, o investimento nessa área extrapolou a casa dos 640 milhões de reais (BRASIL, 2008b).



O aumento no investimento em Saúde Bucal se faz necessário, pois conforme já previra ZANETTI (2000) no advento da instalação das ESBs na ESF, haveria um grande aumento na demanda que estava reprimida e passaria a usar os serviços. E ainda pode-se acrescentar a maior conscientização das pessoas quanto à necessidade de tratar sua saúde bucal além da maior equidade no acesso, facilitado pelo contato com os profissionais da área. Destaca-se ainda o crescente número de instalação de equipes aumentando a oferta profissional e, conseqüentemente, requerendo maior aporte financeiro.

O MS preconiza que de todos os procedimentos realizados pelo SUS, cerca de 22% sejam especializados. Ao observarmos a atenção especializada vemos que o percentual desse bloco de ações, em relação ao total de procedimentos odontológicos executados no município, foi bastante heterogêneo. Considerando-se que antes da PNSB o percentual de procedimentos odontológicos especializados realizados pelo SUS era de 3,5% (CFO, 2008a) é visível a forma com que os valores deste indicador vêm se tornando robustos. Os mesmos alcançaram a média de 17,69% nas cidades de grande porte envolvidas nesta pesquisa e 18,77% nas de pequeno porte, contraparte daquelas. Destaca-se ainda que somente quatro municípios não apresentaram seus indicadores superiores à perversa média de 3,5%. No entanto, deve ser vista com certo cuidado a influência da criação dos CEOs sobre esse indicador, pois em municípios onde não se registra a presença desses centros, o percentual em questão não foi pequeno, sendo a recíproca também verdadeira. Pode-se estabelecer um exemplo na comparação entre Fortaleza (CE) e Rio de Janeiro (RJ), na primeira cidade onde não existem CEOs credenciados à PNSB, o indicador foi de 34,36%, ao passo que a segunda, com 15 CEOs, o mesmo indicador alcançou 9,03% (TABELA 28). Neste caso ficam mais caracterizadas as particularidades de cada município no atendimento à saúde e também as distintas realidades vividas por cada um deles.

Abrindo-se o debate sobre o financiamento, desnuda-se a perversa realidade de que somente nove dos municípios estudados destinam um percentual superior a 1% do total de seus gastos com SB aos procedimentos especializados. Ou seja, em mais de 3/4 dos municípios, os procedimentos especializados de odontologia apresentavam um aparente subfinanciamento. Neste quesito, São Gonçalo do Amarante (CE) desponta como sendo a cidade que mais investe em odontologia, seja a assistência básica ou especializada. O mesmo acontece quando se fala na saúde como um todo. Esse fato merece um destaque, pois o município investe com propriedade no setor a despeito de suas limitações financeiras e de

desenvolvimento (PIB e IDH, mostrados na Tabela 20), inclusive a cidade concorreu ao prêmio “Brasil Sorridente” concedido anualmente pelo MS e CFO (CFO 2008c).

É imperativa ainda a diferenciação das origens desse repasse financeiro. Antes do novo Pacto Pela Saúde (BRASIL, 2006d), o PAB figurava como uma importante fonte, pois com sua parte fixa “PAB fixo” eram financiadas as ações mínimas da atenção primária, nas quais se incluem as de Saúde Bucal. Em contrapartida, a parte variável deste piso era destinada à estratégias específicas como por exemplo as ESBs (MINAS GERAIS, 2006). Ainda assim essa forma de financiamento só se fez presente a partir do ano 2000, com a publicação das Portarias GM/MS nº. 1.444 e GM/MS nº. 267/01 (BRASIL, 2000), quando houve, por parte do MS, uma tentativa de reorganização das práticas assistenciais e de ampliação dos serviços do setor. KORNIS et al. (2006) discutem essa tardia adesão da Saúde Bucal em um nível federal. Tardia porque, até o ano 2000, inexistiam linhas específicas de financiamento para esta área, sendo todos os recursos destinados a ela provenientes do PAB fixo e alocados de acordo com os critérios e interesses.

No presente, os incentivos à estratégia da atenção à saúde bucal no PSF estão incluídos no bloco da Atenção Básica, dentro do PAB variável. O bloco de Gestão custeia ações relacionadas à organização e ampliação do acesso aos serviços de saúde, nas quais se inclui a implantação dos CEOs. O bloco de Média e Alta Complexidade apresenta um incentivo permanente para a manutenção dos CEOs e dos Laboratórios de Próteses Dentárias, segundo MAIA (2008). Pode-se dizer então que, apesar dos níveis de investimento pelos municípios em odontologia especializada raramente ultrapassar 1% do total destinado ao bloco, considera-se um avanço em termos de financiamento e gestão. No caso dos CEOs é facultado aos gestores, quando possível, a incorporação de outras especialidades ao seu rol mínimo de atividades (BRASIL 2004a) bem como a complementação das despesas do centro de saúde com verbas municipais e estaduais. Essa complementação passou a ser, em quase todos os casos estudados, a forma de se manter o tratamento corretivo das más oclusões, e é a modalidade de financiamento mais apontada pela pesquisa.

Embora este financiamento caiba a todas as três esferas de governo (BRASIL, 2006c), o questionamento sobre a má distribuição de verbas se fez presente quando se vê que há uma perversa tendência entre os municípios em que os de menor porte tendem a participar mais com recursos próprios no financiamento da saúde do que seus pares de maior porte. Os dados obtidos ainda mostraram a propensão de que quanto menor o município, há uma maior percentual do PAB destinado à odontologia. A média desses indicadores por município

agrupados segundo a lógica populacional mostra claramente que houve um crescente aumento (de 4,3% nas metrópoles, até 12,5% nas pequenas cidades, passando por 5,2% nas grandes e por 10,7% nas de porte médio) no destino desse repasse às ações de Saúde Bucal. Essa lógica ainda se torna mais marcante no grupo de cidades com população inferior a 100 mil habitantes. Faz-se mister uma mais equânime distribuição aos municípios dos recursos federais destinados à saúde, e que esta penalize menos os menores e obrigue os maiores a investimentos mais vigorosos de sua parte.

## 5.2 As ações de ortodontia

Examinando de uma maneira focal os serviços ortodônticos públicos do país, um dos primeiros pontos a merecer destaque é a época em que os serviços foram iniciados. Foi em Paranavaí (PR) que encontramos o exemplar mais antigo do país, oferecido desde 1993. Quando a Ortodontia ainda era um serviço de luxo e acessível somente à pequena parte da população, essa instituição já se destacava como pioneira neste tipo de atendimento. Felizmente, o número de iniciativas como esta vem crescendo e como se delineou pelos dados da pesquisa, a PNSB deu grande impulso neste sentido, uma vez que, após 2004, o montante de serviços semelhantes cresceu em progressão geométrica, anualmente.

No Brasil contemporâneo detecta-se grande diversidade de práticas públicas de Ortodontia, quanto ao *modus operandi* das ações, sejam elas executadas nos CEOs credenciados pela PNSB ou em outros núcleos instalados por iniciativa municipal ou estadual. Nesse universo destaca-se a excelência dos serviços de Caçador (SC) e Fortaleza (CE). Outro destaque é a modalidade não ortodoxa de atendimento ortodôntico caracterizada em Angra dos Reis (RJ) e Duque de Caxias (RJ). Esta última, inclusive, citada como exemplo<sup>21</sup> pelo MS nos serviços públicos de SB (CFO, 2007c).

No que tange à operatória dos serviços ortodônticos, um fator que assume grande importância financeira, além da clínica, é a questão aparatologia ortodôntica. Embora no tratamento preventivo e interceptativo, os resultados sejam similares independentemente da tipologia do aparelho utilizado, nota-se no setor público uma predileção pelos removíveis (THEIS et al., 2007). Concordando com esses autores, foi encontrada na pesquisa a utilização desta aparatologia em larga escala (n=17 unidades). Fato esse ligado não só ao menor custo da

---

<sup>21</sup> O município de Duque de Caxias (RJ) foi premiado pelo CFO/ MS em 2007 como modelo em atenção à saúde bucal, inclusive com destaques ao trabalho realizado no CEO do centro da cidade. *Ad argumentandum*, a despeito da excelente iniciativa em se promover uma saúde bucal integral e do bom funcionamento dos serviços ortodônticos, há que se olhar com atenção essa condecoração, pois, pode-se denotar aqui um enfraquecimento do setor público, em relação ao privado.

manufatura dos mesmos, mas também à idade dos pacientes atendidos nestes centros, que permite um grande aproveitamento das forças fisiológicas dos músculos sobre os ossos ainda muito plásticos ( SADOWSKY, 1998; PROFFIT , 2006 e WEELER, 2006), condição muito bem executada pelos aparelhos removíveis ortopédicos. Neste sentido, além de uma resposta maior ao tratamento ainda há uma congruência com a idade prioritária para o atendimento preconizada pela OMS, ou seja, crianças até 12 anos, público alvo preferencial dos tratamentos avaliados. Em adição, FRAZÃO et al. (2007) sustentam que um em cada seis crianças e adolescentes brasileiros necessita de tratamento ortodôntico, reforçando-se a prioridade dessa faixa etária para receber cuidados relativos às más oclusões dentárias.

A infância e a pré-adolescência são fases da vida em que há um grande crescimento esquelético, um grande desenvolvimento muscular e grandes transformações na dentição. Nesta etapa do desenvolvimento corpóreo é muito importante a interceptação de uma má oclusão, seja com Ortodontia ou Ortopedia facial concordando com o que escreveram JIANG et al. (2005). A interceptação minimiza os efeitos do problema ortodôntico e torna a necessidade de um tratamento posterior, menor, e conseqüentemente uma diminuição nos gastos com a terapia. Está caracterizado o tratamento em duas fases que constitui na modalidade terapêutica mais freqüente praticada nos estabelecimentos pesquisados. O mais clássico dos autores em Ortodontia na atualidade, PROFFIT (2006) afirma que quando se trata de tempo ideal para tratamento, a questão custos assume grande relevância e deve ter sua eficiência analisada na razão custo-benefício, além de atestada sua efetividade. Nesta linha de pensamento, o *Medicaid* americano (THEIS et al., 2006), corroborando MIRABELLI et al. (2005), incentiva a intervenção precoce como forma de baratear o tratamento ortodôntico, diminuindo assim o reembolso aos profissionais prestadores do serviço e legando a correção total (segunda fase) ao setor privado, pois o referido sistema somente financia a primeira parte de tratamento.

Dentre os serviços estudados, ao longo do país, apenas quatro oferecem aparelhos ortodônticos totais para a correção dentária. Esses, na verdade são “montados” (colados) e não confeccionados pelo Ortodontista. O custo dessa tipologia de aparelho, sim, é bastante alto, se tornando quase inviável sua utilização pela rede pública em níveis universais. Além de Fortaleza (CE), os municípios de Duque de Caxias (RJ) Brejo da Madre de Deus (PE) e Angra dos Reis (RJ) atendem à população com a oferta de todos os tipos de tratamento.

Ao tomarmos contato com dados ainda desconhecidos da comunidade científica sanitária ou ortodôntica, cabe-nos além de dissecá-los e comentá-los, apontar os principais

entraves ao bom desenrolar desses serviços. A esses problemas que transcendem a vontade e a capacidade profissional de gestores, dentistas, atores principais neste processo chamamos de “nós críticos”. Problemas esses que serão discutidos a seguir:

1) Número insuficiente de ortodontistas atuando na rede pública

Os quase 100 profissionais que fazem atendimento ortodôntico no SUS e que foram encontrados na pesquisa, representam, frente ao universo de quase 11.000 ortodontistas brasileiros, uma ínfima percentagem inferior a 1%. Quando se compara esse percentual com os mesmos indicadores de países desenvolvidos como Suécia- 90%, Reino Unido-20%, Dinamarca-75%, Noruega-15%, segundo RICHMOND et al. (2001), BEDI (2006), JENNY (1975) e FERNANDES et al. (1999), respectivamente, pode-se antever o longo caminho que o Brasil precisa trilhar antes de se firmar como uma referência na saúde bucal pública. O CRE de Colatina (ES) contornou a carência de ortodontistas no serviço público se apresentando como o único EPSB em que não é um ortodontista quem realiza o serviço, a exemplo do que, em localidades pontuais, ocorre nos Estados Unidos (EL-GHERIANE, et al. 2007) e na Finlândia (PIETILA et al., 2007). Todavia, em um país rico em profissionais ortodontistas como o Brasil é desaconselhável o oferecimento de um tratamento à população, no qual se utiliza de recursos humanos menos capacitados em detrimento da utilização de especialistas. Embora a Lei 5.081 de 24 de agosto de 1966 permita aos cirurgiões-dentistas praticarem todos os atos pertinentes à odontologia, os cursos de especialização surgiram justamente para suprir no mercado com recursos humanos altamente qualificados, que devem ser utilizados, sempre que possível, de maneira preferencial no atendimento especializado.

Soma-se a esta dificuldade, conforme foi discutido por MACIEL (2003) e MACIEL et al.(2006b), a menor importância dada à Ortodontia durante a graduação, resultando em um despreparo do generalista no detectar e diagnosticar grande parte das más oclusões. E infelizmente, ainda formamos cirurgiões-dentistas, que para atuarem no SUS, precisam ainda passar por processos de reciclagem e até de aprendizagem sobre o sistema de saúde brasileiro, sistema no qual o profissional já deveria estar apto para atuar desde o final da graduação. Essa deficiência clínica em Ortodontia empurra o recém-formado para um curso de especialização onde ingressa sem conhecer o SUS e de onde sai com olhares exclusivamente privatistas, dando de certa forma, continuidade ao mito “Ortodontia voltada somente para a assistência privada” e pouco se interessando pelo setor público.

## 2) Confeccção dos aparelhos

A utilização dos aparelhos removíveis e de pequenos aparelhos ortodônticos também sinaliza um grave problema, pois essa aparatologia via de regra requer para sua confecção, um treinamento especializado, geralmente dominado pelo próprio Ortodontista, ou por um TPD, que deveria executar tais tarefas (MINAS GERAIS, 2006). Na primeira situação isso demanda grande parte do tempo laboral do Ortodontista, que tem suas atividades clínicas desviadas para esse fim em detrimento do atendimento de diversos pacientes. Segundo declarações de gerentes de CEO e de chefes dos serviços odontológicos esse tempo pode chegar a 50% da carga total de trabalho do profissional. O curioso é que essa situação é quase modal entre os casos estudados perfazendo quase um terço do total (n=16) estabelecimentos.

Dentre as competências específicas de um TPD estão a execução mecânica dos trabalhos odontológicos e a fiscalização e treinamento de auxiliares para o serviço (MINAS GERAIS, 2006; BRASIL, 2008c). Isso concede ao dentista uma maior dedicação aos procedimentos de sua competência exclusiva e incrementa a resolutividade do trabalho em equipe. Ademais, a Portaria GM/MS n.1101 de 12 de junho de 2002 (BRASIL, 2002) estabelece que a produção do cirurgião dentista deve ser de no máximo três procedimentos por hora. E complementa que este mesmo profissional ainda deve destinar de 75 a 85% de suas horas trabalhadas para o atendimento clínico e o restante do tempo para planejamento, avaliação e atividades coletivas.

O problema se desdobra em outro de amplitude similar, pois os LRPDs que foram criados para operar de forma paralela aos CEOs dando suporte aos atendimentos protéticos, nem sempre o vem fazendo, no caso dos aparelhos ortodônticos. A despeito de existirem apenas oito centros de saúde bucal com um LRPD em anexo, evidenciamos que somente três suprem também as necessidades inerentes ao tratamento ortodôntico, trabalhando em uníssono com a equipe confeccionando aparelhos ortopédicos. Nos outros cinco LRPDs, a demanda de serviços protéticos é tamanha que os laboratórios se destinam exclusivamente à confecção de próteses dentárias.

## 3) Financiamento das ações de ortodontia

Outro “nó crítico” detectado pela pesquisa foi a questão financiamento. Os centros de saúde estudados e que não são CEOs são majoritariamente financiados pelo município e/ou pelo estado. Já os recém-criados CEOs recebem do governo federal um incentivo mensal para

o custeio das ações especializadas, mas para isso existem metas a serem cumpridas, porém sempre dentro das especialidades mínimas inerentes à instituição. Foi observado que, com exceção de duas unidades incluídas na pesquisa, todas as outras só se mantinham devido ao co-financiamento das ações com participação da prefeitura local e/ou do estado. Embora já seja estabelecido (BRASIL 2004b) que o financiamento das ações sanitárias sejam de responsabilidade das três instâncias da federação, o que também foi ratificado no Pacto Pela Saúde (BRASIL 2006d), deve-se lançar um criterioso olhar sobre a situação, pois a propaganda na mídia nacional apenas ressalta o empenho do governo federal no fomento da PNSB omitindo o papel de municípios e estados na manutenção dos serviços de saúde ligados à essa política.

Uma vez que a Ortodontia não é ainda uma especialidade de referência nos CEOs, se delinea mais um grande problema, pois, dificilmente, será possível manter a atenção às especialidades mínimas e ainda oferecer o tratamento ortodôntico com o financiamento exclusivamente vindo dos repasses federais de custeio, notoriamente insuficientes.

#### 4) Alimentação do SIA/SUS

O processo de descentralização em saúde também envolve os sistemas de informação, planejamento e gestão. Para isso, foi criado, em 1991, o SIA/SUS, porém esse processo se deu sob uma lógica predominantemente contábil de controle de gastos com a assistência ambulatorial. A unidade de registro são os procedimentos ambulatoriais realizados de acordo com os atos profissionais, sem dados para o diagnóstico, faixa etária da população atendida ou motivo do atendimento. Ou seja, é uma proposta para a análise quantitativa das ações de saúde bucal. Como também concordam VOLPATO et al. (2006). Esse sistema que deveria fornecer dados para o planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços e para a construção de indicadores em saúde, ainda carece de reformulações. A sub utilização do sistema de informações do SUS constitui-se assim num grande obstáculo aos informes sobre assuntos ligados à Ortodontia no SUS e, conseqüentemente, um empecilho à abordagem de problemas e ao desenvolvimento de novas ações. A amplitude de vertentes terapêuticas que esta especialidade odontológica nos proporciona e a quase infinita gama de aparelhos e técnicas envolvidas na questão fazem com que seja necessário um aporte de dados compatível com esta complexidade.

O rol de procedimentos especializados do Grupo 10, disponível no endereço eletrônico do MS, também consta nas páginas 208 a 213 do documento intitulado “Saúde em Casa” do governo de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006), onde também não são

encontrados procedimentos ortodônticos, de certa forma justificando o que nos informou via e-mail o MS (ANEXO 1), ou seja, o SUS não paga pelos procedimentos ortodônticos. VOLPATO et al. (2006) também apontam que dentre as desvantagens do SIA/SUS está a ausência de registros de ações realizadas que não são informadas por extrapolarem o teto financeiro ou por distorções decorrentes de alterações fraudulentas de códigos, na busca daqueles que asseguram melhor remuneração.

##### 5) Triagem e referência para o tratamento

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 apontem para uma porcentagem de 70% da população ser afetada com algum tipo de desarmonia oclusal, a porcentagem de pessoas que apresentam maior gravidade, para quem o tratamento é altamente necessário está em torno de 5%. E deve-se observar também, segundo a pesquisa dos últimos autores, que entre as pessoas que buscam por tratamento ortodôntico, 80% o faz por motivos estritamente cosméticos. A triagem, então, evitaria situação semelhante ao 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.

Já foi discutido e defendido anteriormente a delicada questão que é a triagem para um tratamento ortodôntico em níveis públicos (MACIEL et al. 2006, HEBLING et al, 2007), inclusive sendo objeto de uma Dissertação de Mestrado (MACIEL, 2003). Esse ponto crítico se deve à subjetividade em que o exame clínico pode revelar e à grande possibilidade de se promover iniquidade e exclusão. O GRÁFICO 19 mostrou as diferenças nesse processo seletivo, utilizadas pelas unidades de saúde arroladas para este estudo, passando desde demanda espontânea à indicações de outros profissionais de saúde. Talvez o binômio referência-triagem se apresente como um dos pontos mais frágeis da questão Ortodontia no SUS, quando somam-se as dificuldades nas indicações pelos demais integrantes da rede básica.

O profissional atuante nas UBSs ou na ESB, via de regra, é quem detecta, ou deveria detectar a necessidade de tratamento ortodôntico e encaminhar o paciente ao centro especializado (CEO ou outro). No entanto, ao chegar ao destino, quase como regra é necessária uma nova triagem para selecionar os casos mais graves, ou mesmo para diagnosticar e padronizar a má oclusão. Grande parte dos gerentes entrevistados apontou



como um entrave no perfeito desenrolar do serviço a utilização do tempo de trabalho do especialista apenas para diagnosticar ou considerar apto ao tratamento os pacientes encaminhados e, supostamente, com a má oclusão já diagnosticada. Isso exprime certo despreparo da equipe que atua na atenção primária a determinar com exatidão os pacientes elegíveis para o tratamento ortodôntico. Situação essa que foi-nos informada quase em uníssono pelos entrevistados. Outro fator que também contribui para o problema é a falta de um treinamento das ESBs para esse fim. Como a Ortodontia não faz parte das especialidades mínimas dos CEOs, há poucas e pontuais diretrizes que protocolam esse encaminhamento. Essa dificuldade voltará à pauta neste trabalho, dada sua importância.

Neste quesito “seleção para tratamento” dois centros chamam a atenção dadas à suas particularidades: o de Fortaleza (CE), cuja excelência e pioneirismo do serviço ortodôntico o tornaram um paradigma nacional na atenção ortodôntica, e Itabirito (MG), que atende também em moldes diferenciados. No primeiro caso os 22 ortodontistas não só atendem a pacientes referenciados de todo o estado do Ceará, como também, em certos casos conforme a demanda e a necessidade do paciente, podem oferecer os serviços a usuários que procuram diretamente o centro. Em Itabirito (MG), muito devido à precocidade com que este serviço foi implantado, foi necessário em dado momento, a realização de uma “busca ativa” nas escolas, cooptando os pacientes para o tratamento ortodôntico.

#### 6) Protocolo de atendimento

Outro grande destaque da pesquisa realizada com os gestores e responsáveis pelos serviços ortodônticos foi a quase unanimidade na reivindicação de um protocolo de atendimento, referência e triagem para o tratamento das más oclusões no SUS, assim como foi enfocada a, até então, ausência (e necessidade) de diretrizes ministeriais sobre a questão. Orientações comuns a todos os CEOs do país deveriam existir, e cada unidade as adaptaria a particularidades regionais e municipais. Essas diretrizes generalizadas e bem fundamentadas seriam essenciais para a melhor implementação do serviço no sistema público. Já no segundo semestre de 2008, o MS através do Departamento de Atenção Básica publicou um documento nessa direção (BRASIL, 2008f), porém até o momento em que se coletou os dados, este ainda era desconhecido dos chefes de serviços odontológicos e gestores. Contudo, o documento ainda está longe de atender às reais necessidades da situação em discussão. Pois o mesmo subestima problemas como triagem e encaminhamento, discutindo-os de maneira insuficiente, se remetendo principalmente a oferecer um desnecessário “passo a passo” da conduta ortodôntica no consultório quase destituído de importância para profissionais, que já dominam

a técnica. A necessidade de exposição e discussão dos problemas encontrados pelos locais que oferecem tratamento ortodôntico assume então mais importância. Eis a principal proposta dessa Tese, que além de contribuir para a explicitação de problemas existentes no incipiente serviço de ortodontia no SUS, também procurou fornecer subsídios práticos, ferramentas de grande valia a serem utilizadas na triagem e na operatória das ações corretivas dentárias.

## **6 A ORTODONTIA NO SUS: UMA AGENDA PARA O FUTURO**

A inclusão da Ortodontia nas ações públicas de saúde no Brasil ainda carece de ajustes e principalmente de diretrizes adaptáveis às diferentes realidades dos municípios. O MS acaba de lançar um documento referente ao tema (BRASIL, 2008f). Porém apesar do inquestionável valor do material e da boa intenção do ato, há que se reconhecer o empirismo sobre o qual paira sua elaboração. Não foram abordados, por exemplo, tópicos essenciais acerca das condutas de otimização da prática e de um funcionamento mais efetivo dos serviços. Talvez isso se deva à ausência de dados e informações sobre as dificuldades que estão presentes nessas ações nos locais que já as desenvolvem. E é justamente calcado nesta ausência de informações, que um estudo da envergadura da presente pesquisa trouxe à tona a realidade dos CEOs que incorporaram a Ortodontia ao seu atendimento.

Fez-se mister a exposição de novas idéias para reflexão e debate sobre o assunto. Idéias essas que, amparadas por uma perspectiva ortodôntico-sanitarista e tendo como lastro meses de investigações, contatos profissionais e visitas a serviços públicos, podem contribuir para o desmanche dos “nós críticos” e que serão expostas nos tópicos seguintes em que terão lugar considerações e sugestões acerca de propostas a serem observadas em um tratamento ortodôntico mais eficaz e eficiente, no SUS.

Nossa abordagem não só se refere às condutas padronizadas, baluartes de um atendimento de excelência, mas também sugere soluções para sanar os pontos nevrálgicos detectados pelo pesquisador ou informados pelos gerentes de CEO e pelos CSBs. Este debate, descrito nos sete tópicos a seguir, sugeriu alguns contornos para as questões negativas relativas ao assunto e foi bem-vindo neste momento crucial em que a história da mais antiga especialidade odontológica começa a transpor barreiras e se mescla definitivamente com a história da Saúde Coletiva.

### **6.1 Recursos Humanos**

Em relação aos recursos humanos, é necessário que se considere a formação e experiência profissional, além da existência de mecanismos de educação permanente, para assegurar a atualização dos seus conhecimentos. Esse processo adquire, nessa discussão, uma dupla importância: a formação de dentistas com visão generalista e com bom preparo na área específica da Ortodontia.

Um investimento objetivando a reorganização dos *currícula* da maior parte das Faculdades de odontologia brasileiras poderia atenuar dois dos problemas que resultam de vieses nesse processo formador: a dificuldade em encaminhar um paciente ortodôntico, e o pouco interesse pelo SUS ou pela rede pública de saúde por parte de alguns futuros profissionais. A capacitação deve sempre direcionar o estudante para atuar também em saúde pública com ênfase no diagnóstico dos problemas de saúde bucal críticos da população sob seus cuidados; no acompanhamento e desenvolvimento de atividades coletivas inerentes à sua área de atuação e principalmente na maneira de orientar e encaminhar os usuários necessitados a outros níveis de atenção. Um processo formador de tal envergadura incutirá no acadêmico sua responsabilidade com a sociedade, a quem deve prestar serviços, além de chamar-lhe a atenção para os ideais sociais, visando sempre diminuir as desigualdades entre as classes.

Especificamente nas disciplinas de Ortodontia e/ou Ortopedia Funcional dos Maxilares ministradas geralmente no final do curso, o enfoque prioritário deverá ser dado ao diagnóstico ortodôntico, aos processos normais do desenvolvimento da dentição e crânio-facial, assim como às suas variações. Desta forma o generalista estará habilitado a trabalhar na comunidade praticando uma atenção sanitária verdadeiramente integral podendo além de aconselhar e orientar, promover saúde com enfoque em Ortodontia, diagnosticando as más oclusões e referenciando corretamente a clientela.

Uma formação mais socializada, revestida de objetivos político-sanitaristas é imprescindível para imprimir no caráter profissional do cirurgião-dentista, nuances de Saúde Coletiva. E mesmo que ele opte por se especializar em Ortodontia ou Ortopedia, que disponha de elementos que lhe mostrarão seu grande papel no restabelecimento da qualidade de vida das pessoas promovendo o bem-estar coletivo, pois a história da “Ortodontia- tratamento para a elite social” está no fim, e o acesso da população carente a esses serviços já se encontra em pleno processo de desenvolvimento.

Os gestores e chefes de governo também desempenham um papel de destaque na captação e capacitação de recursos humanos. Os primeiros podem investir na contratação de Ortodontistas, TPDs, THDs e ACDs oferecendo-lhes incentivos e salários dignos além de condições ideais de trabalho. Devem também, como no CEO-Centro de Fortaleza (CE), promover e estimular a capacitação (no caso, em Ortodontia) de profissionais já atuantes em seu quadro de pessoal. Essa capacitação passa, por exemplo, pelo treinamento de TPDs para a confecção de aparelhos ortodônticos; pelo financiamento de cursos de especialização para

clínico gerais interessados em se aperfeiçoar na área ortodôntica e pelo investimento na educação permanente de quem atua na rede básica, oferecendo-lhes a oportunidade de aprimorar seus conhecimentos e adotar uma visão mais próxima da odontologia moderna, cada vez mais afinada com a promoção de saúde.

Por fim, quando a contratação de profissionais ortodontistas não se fizer possível e quando houver no município um centro de formação de especialistas, como Faculdades, Universidades e entidades de classe (ABO, CFO), os gestores locais podem pactuar acordos e convênios com tais entidades, e as clínicas-escola que nelas funcionam podem, com cofinanciamento municipal ou de outra esfera de governo, atender à demanda ortodôntica do município. Fato semelhante já ocorre em Ribeirão Preto (SP), onde a Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (FORP-USP) tem em anexo um CEO instalado graças a um convênio com a prefeitura local do qual participa também o governo federal. O mesmo modo de atenção vem sendo implantado em Belo Horizonte (MG) onde as três faculdades de odontologia locais abrigarão CEOs nos quais atuarão os professores e alunos dos cursos de pós-graduação em Ortodontia dessas instituições de ensino.

## **6.2 Triagem para o tratamento e equidade no atendimento**

O principal instrumento promotor de equidade em uma política de saúde que envolva a Ortodontia, certamente será um método de seleção dos pacientes para o tratamento, face às implicações das más oclusões dentárias em diversos aspectos, já discutidos na literatura sobre o assunto.<sup>22</sup>

É necessário que este sistema de seleção seja multifacetado e que a triagem abranja 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 necessidade orgânica de se corrigir a desarmonia dento-facial. Com a análise psicossocial, constata-se as intenções e anseios do paciente quanto ao tratamento, sua expectativa de melhor inserção social e melhoras na auto-imagem e na auto-estima. No âmbito socioeconômico, a prioridade deve ser dada ao paciente cujas possibilidades de custear um tratamento são menores, assim como àqueles com menor poder aquisitivo.

---

<sup>22</sup> O tema “triagem em Ortodontia para o serviço público” também foi tema da Dissertação de Mestrado de MACIEL, (2003) que propôs um método de seleção para a clínica de ortodontia da FO/UFJF.

Ainda que os recursos destinados aos programas odontológicos sejam insuficientes para atender à demanda reprimida, há de se assegurar que tais procedimentos sejam oferecidos, principalmente àqueles que possam ser mais beneficiados com tratamento, sem ferir os princípios constitucionais. Para tanto, mais uma vez citando o exemplo de países desenvolvidos, deve-se usar os índices de necessidade de tratamento ortodôntico, somados a outros instrumentos que reflitam a postura cultural, psicológica e social do paciente. Esses constructos psicossociais ou socioculturais assumem uma validade significativamente maior quando são validados visando determinada população segundo HEBLING et al. (2007).

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. E segundo SHAW et al. (1991), é imprescindível que dado índice de prioridade de tratamento tenha validade e reprodutibilidade.

Recomenda-se pelos motivos já discutidos na Dissertação de MACIEL (2003) a utilização do OITN (QUADRO 6), pois este consiste no método mais objetivo de se classificar a necessidade de tratamento ortodôntico. Segundo BEENTLE et al. (2002), o componente de Saúde Bucal (DHC) do OITN está direcionado a fornecer ajuda não só no sentido de diagnosticar uma má oclusão, mas também de delinear sua severidade através da exposição da real necessidade de se tratar o problema. No entanto, segundo PINTO et al. (2008), ainda se faz necessário o desenvolvimento de índices de classificação de construção mais simplificada do que os existentes, pois para os referidos autores ainda não foram propostos métodos que pudessem ser adotados como padrão.

Quadro 6 - Componente de Saúde Bucal (DHC) do Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico (OITN).

Grau	Critério Diagnóstico
5	<b>Muito Severo: Necessita de tratamento</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erupção de dentes impossibilitada (exceto terceiros molares) devido a apinhamento, deslocamento, presença de dentes supranumerários, decíduos retidos e qualquer causa patológica.</li> <li>• Ausência extensiva de dentes exigindo reposição (mais de um dente perdido em cada quadrante) e requerendo ortodontia prévia.</li> <li>• <i>Overjet</i> maior que 9 mm.</li> <li>• <i>Overjet</i> reverso maior que 3,5 mm, acompanhado por dificuldades de mastigação ou de fala informadas pelo paciente.</li> <li>• Lábio leporino e fissura palatina.</li> <li>• Dentes decíduos impactados.</li> </ul>
4	<b>Severo: Necessita tratamento.</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência menos extensiva de dentes requerendo ortodontia prévia ou mantenedor de espaço para reduzir exigências de prótese.</li> <li>• <i>Overjet</i> maior que 6 mm, mas menor que 9 mm.</li> <li>• <i>Overjet</i> reverso maior que 3,5 mm, mas sem problemas mastigatórios ou de fala.</li> <li>• <i>Overjet</i> reverso maior que 1 mm e menor que 3,5 mm, acompanhado por problemas mastigatórios ou de fala.</li> <li>• Mordida cruzada anterior ou posterior com mais de 2 mm de discrepância entre as posições de contato (forçado para trás) e intercúspides.</li> <li>• Mordida cruzada posterior língua sem que haja contato oclusal em um ou em ambos segmentos bucais.</li> <li>• Afastamento severo dos dentes, maior que 4 mm.</li> <li>• Mordida aberta lateral ou anterior maior que 4 mm.</li> <li>• <i>Overbite</i> aumentado ou completo com trauma gengival ou do palato.</li> <li>• Dentes parcialmente erupcionados, pontiagudos e impactados contra os dentes adjacentes.</li> <li>• Presença de dentes supranumerários.</li> </ul>
3	<b>Intermediário: Tratamento indicado segundo o caso.</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Overjet</i> maior que 3,5 mm, mas menor ou igual a 6 mm, com inaptidão labial.</li> <li>• <i>Overjet</i> nervoso maior que 1 mm e menor ou igual a 3,5 mm.</li> <li>• 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.</li> <li>• Afastamento do ponto de contato dos dentes maior que 2 mm e menor ou igual a 4 mm.</li> <li>• Mordida aberta lateral ou anterior maior que 2 mm e menor ou igual a 4 mm.</li> <li>• <i>Overbite</i> profundo completo nos tecidos gengival ou palatal, mas com ausência de trauma.</li> </ul>
2	<b>Leve: pequenos tratamentos.</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Overjet</i> maior que 3,5 mm e menor ou igual a 6 mm com aptidão labial.</li> <li>• <i>Overjet</i> reverso maior que 0 mm e menor ou igual a 1 mm.</li> <li>• Mordida cruzada anterior ou posterior com discrepância menor ou igual a 1 mm entre as posições de contato (forçado para trás) e intercúspides.</li> <li>• Afastamento do ponto de contato dos dentes maior que 1 mm e menor ou igual a 2 mm.</li> <li>• Mordida aberta lateral ou anterior maior que 2 mm e menor ou igual a 2 mm.</li> <li>• <i>Overbite</i> maior ou igual a 3,5 mm sem contato gengival.</li> <li>• Oclusão pré-normal ou pós-normal sem outras anomalias (inclui discrepância de até meia unidade).</li> </ul>
1	<b>Nenhuma necessidade de tratamento.</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Má oclusão muito pequena incluindo afastamento do ponto de contato inferior a 1 mm.</li> </ul>

FONTE: PINTO (2000).

A capacitação de dentistas generalistas atuantes nas UBSs e nas ESBs será um fator decisivo na solução do problema da triagem ortodôntica, tendo esse processo já sido descrito por HUNT et al. (2002).<sup>23</sup> Embasando esta sugestão, citamos o trabalho de BENTTELE et al. (2002) que se destinou a treinar e calibrar acadêmicos do último ano de odontologia da *Ohio State University*, nos Estados Unidos. Os autores lograram grande sucesso com seu treinamento e recomendam o OITN como um “recurso educacional efetivo” no desenvolvimento de habilidades diagnósticas ortodônticas em estudantes. Partindo dessa premissa é possível oferecer, como forma de educação permanente, treinamento semelhante a profissionais da rede pública de saúde, neles desenvolvendo a acurácia necessária para que possam realizar os encaminhamentos ortodônticos de forma correta.

Há que se considerar ainda que a triagem feita apenas utilizando-se os índices oclusais vem caindo em desuso, pois as novas discussões acerca do impacto das condições bucais, e principalmente das más oclusões, na vida das pessoas, fizeram com que outros aspectos devessem estar presentes em uma seleção para tratamento. Esta nova perspectiva vem calcada na equidade e marca o aspecto subjetivo da necessidade de tratamentos e a real vontade do paciente para se submeter ao mesmo. Os métodos normativos, a despeito de sua grande utilidade, medem estaticamente a má oclusão e não conseguem mensurar o interesse do paciente em receber o tratamento, seu engajamento ante a terapia e sua expectativa de melhora na qualidade de vida. Por isso as medidas da expectativa frente aos resultados do tratamento ortodôntico sob a ótica do paciente estão cada vez mais assumindo importância em saúde pública, e é cada vez mais discutida a incorporação de questionários sobre qualidade de vida nas avaliações de saúde bucal (OLIVEIRA, 2004).

Como um exemplo internacional, temos novamente o *Medicaid* americano, que apesar de oferecer tratamento ortodôntico a pacientes com situação econômica menos favorecida, estes devem passar por um processo de seleção que muitas vezes é criticado pela ausência ou falhas no sistema de seus componentes para a estética e para o fator psicossocial, vindo de encontro ao senso comum internacional sobre a questão (EL-GHERIANI et al.,

---

<sup>23</sup> O OITN 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 na visão coletiva do grupo. As diferenças interexaminadores foram calculadas pelo método estatístico Kappa. O resultado foi uma concordância quase perfeita segundo SHAW et al. (1991) para esse grupo.



2007). Esses autores também preconizam que deve haver um uso conjunto dos dois métodos, o normativo que fornece a chancela do profissional e o sociocultural que desnudaria o posicionamento do paciente sobre o assunto.

Embora o OITN apresente um componente estético, o Índice Estético – *Aesthetic Index* (AI), sugerimos aos serviços a utilização do Impactos Odontológicos nos Desempenhos Diários (IODD), como será discutido a seguir. Índices estéticos como o primeiro, embora úteis, podem apresentar componentes que não desempenham seu propósito em culturas distintas ou em sociedades com diferentes conceitos de beleza e estética. Segundo FRAZÃO et al. (2006), mesmo quando é usada em diferentes idades, a parte estética dos índices pode apresentar resultados com viés.

Seguindo essa tendência de incorporar na seleção de pacientes para o tratamento ortodôntico os aspectos culturais, psicológicos e sociais, muitos índices foram criados para se medir o impacto das más oclusões nessas questões. ALBINO (1984)<sup>24</sup>, JENNY (1980)<sup>25</sup> e SHEIHAM (2000)<sup>26</sup> descreveram alguns deles. Entretanto, todos os 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 necessária a confecção de um índice destinado à população brasileira, que reflita seus aspectos culturais, sociais e os relacione com sua saúde bucal. Contudo, na impossibilidade atual de construção de tal instrumento, MACIEL et al. (2006b) sugerem um método eficiente e de fácil aplicação: O item três do Índice IODD (QUADRO 7) pode ser empregado separadamente do restante, desempenhando com clareza sua função.

O setor três do IODD é composto por escores traçados com base nos oito itens de impacto diário relativo à saúde bucal e à oclusão dentária. Trata-se de um questionário de reconhecimento internacional com validação epidemiológica que pode ser especificamente destinado a medir o impacto social das más oclusões, independentemente de fatores culturais.

---

<sup>24</sup> Desenvolveu 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 deveria 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.

<sup>25</sup> Desenvolveu o Social Acceptability Scale of Occlusal Conditions - (SASOC), segundo CONS et al. (1983)

<sup>26</sup> Relatou sobre o método de medição dos Impactos Odontológicos no Desempenho Diário (IODD), 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.

Um escore então é estabelecido de acordo com o impacto social diário de cada item atingindo a porcentagem do impacto das más oclusões nas ações diárias, deve-se atribuir ao paciente sua pontuação de acordo com este percentual. Este escore deve ser somado ao obtido através do OITN, evitando assim iniquidades no processo.

Quadro 7 - Setor 3 do Índice Odontológico de Desempenhos Diários (IODD)

<p>1) Nos últimos 6 meses a sua boca, dentes, ou próteses têm lhe causado algumas 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 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?</p> <p>Ou, se restrita a um “período ou intervalo”.</p> <p>2 c) Quantas vezes nos últimos 6 meses você tido esta dificuldade?</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 / desempenho</b>	
<p>Comer e gostar da comida</p> <p>Falar e pronunciar as palavras com clareza</p> <p>Limpar os dentes</p> <p>Dormir e descansar</p> <p>Sorrir, gargalhar e mostrar os dentes sem constrangimento</p> <p>Manter o estado emocional normal sem irritar</p> <p>Continuar a levar uma vida normal e a fazer o seu trabalho</p> <p>Satisfação nos encontros sociais com outras pessoas.</p>	
<b>Critério de classificação de frequência das atividades afetadas nos últimos 6 meses</b>	
<b>Atividades / desempenho</b>	<b>Pontuação</b>
Nunca	<b>0</b>
Menos de uma vez ao mês, ou intervalo de até 5 dias no total	<b>1</b>
Uma ou duas vezes por semana, ou intervalo de até 15 dias no total	<b>2</b>
Uma ou duas vezes por semana, ou intervalo de até 30 dias no total	<b>3</b>
Três ou quatro vezes por semana, ou intervalo de até 3 meses no total	<b>4</b>
Todo ou quase todo dia, ou intervalo de mais 3 meses no total	<b>5</b>

Fonte: PINTO (2000).

As expectativas quanto ao resultado do tratamento também devem ser observadas nos questionários para triagens, pois segundo SHAW (1997) elas podem ser irrealísticas. É interessante a consideração de que o tratamento ortodôntico em pacientes classificados como níveis quatro ou cinco do OITN e 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 (SHEIHAM, 2000). Como relatou SKIDMORE (2006), vários fatores como higiene bucal correta, comparecimento às consultas e disciplina frente às orientações profissionais melhoram o resultado do tratamento e diminuem o tempo do mesmo, o que acontece também aos custos e, conseqüentemente, otimizariam o sistema, principalmente em se tratando de atendimento em níveis públicos.

Um método de triagem que congrega todos esses fatores foi proposto por MACIEL et al. (2006), se caracterizando pela abrangência de todas as faces implícitas no tratamento ortodôntico. Embora tenha sido criado para atender a uma realidade diferente da vivida pelo SUS, aquele faculta sua adaptação às realidades locais com a utilização de três das cinco escalas propostas, abrangendo a necessidade normativa de tratamento e também a subjetiva.

Neste sentido fica facultado além do IODD e do OITN, o aspecto econômico do tratamento que prioriza pacientes menos favorecidos na escala social, e se ainda for da necessidade ou interesse dos responsáveis pelo serviço que se incorpore também fatores funcionais no processo seletivo. Esses últimos terão maior repercussão quando se seleciona pacientes já em fase de dentição permanente, em que as grandes perdas dentárias e as más oclusões mais severas interferem mais claramente nos processos fisiológicos básicos de deglutição, mastigação e fala.

### **6.3 Referência e contra-referência em Ortodontia**

O sistema de referência e contra-referência é um dos baluartes na operacionalização do SUS. É a partir da sua estruturação que o encaminhamento de pacientes aos diversos níveis de atenção torna-se possível. Conseqüentemente, há que ser discutida a integração entre os diferentes níveis de atenção, estando essa temática intimamente ligada às questões de acessibilidade, universalidade e integralidade da assistência.

A lacuna existente no referenciamento de pacientes para tratamento ortodôntico muito se deve à atuação de dentistas generalistas. Segundo BENTELE et al. (2002), esses profissionais não têm significativa experiência em Ortodontia para fazê-lo e apresentam dificuldades na aplicação dos conhecimentos adquiridos referentes ao mal posicionamento dos dentes, pois a formação na graduação não desenvolve neles as habilidades necessárias para esse diagnóstico.

A referência em Ortodontia é um processo quase arbitrário que, erroneamente, ainda está na dependência em demasia do olhar clínico do observador sobre a saúde bucal do usuário. Uma falha neste sistema pode resultar em consultas desnecessárias com o ortodontista ocupando-lhe o tempo potencialmente utilizável no atendimento a outros pacientes cuja necessidade de tratamento é maior. Um sistema bem estruturado de referência e triagem conferirá ao dentista avaliador embasamento para aconselhar o seu paciente quanto à necessidade ou não de este sofrer a intervenção ortodôntica.

Seguindo a utilização do já proposto método de seleção para o tratamento e inspirado em modelos de referência do SUS para as demais especialidades atendidas nos CEOs (MINAS GERAIS, 2006) sugerimos que o sistema de referência e contra-referência para o tratamento ortodôntico público siga o fluxograma proposto na FIGURA 19.

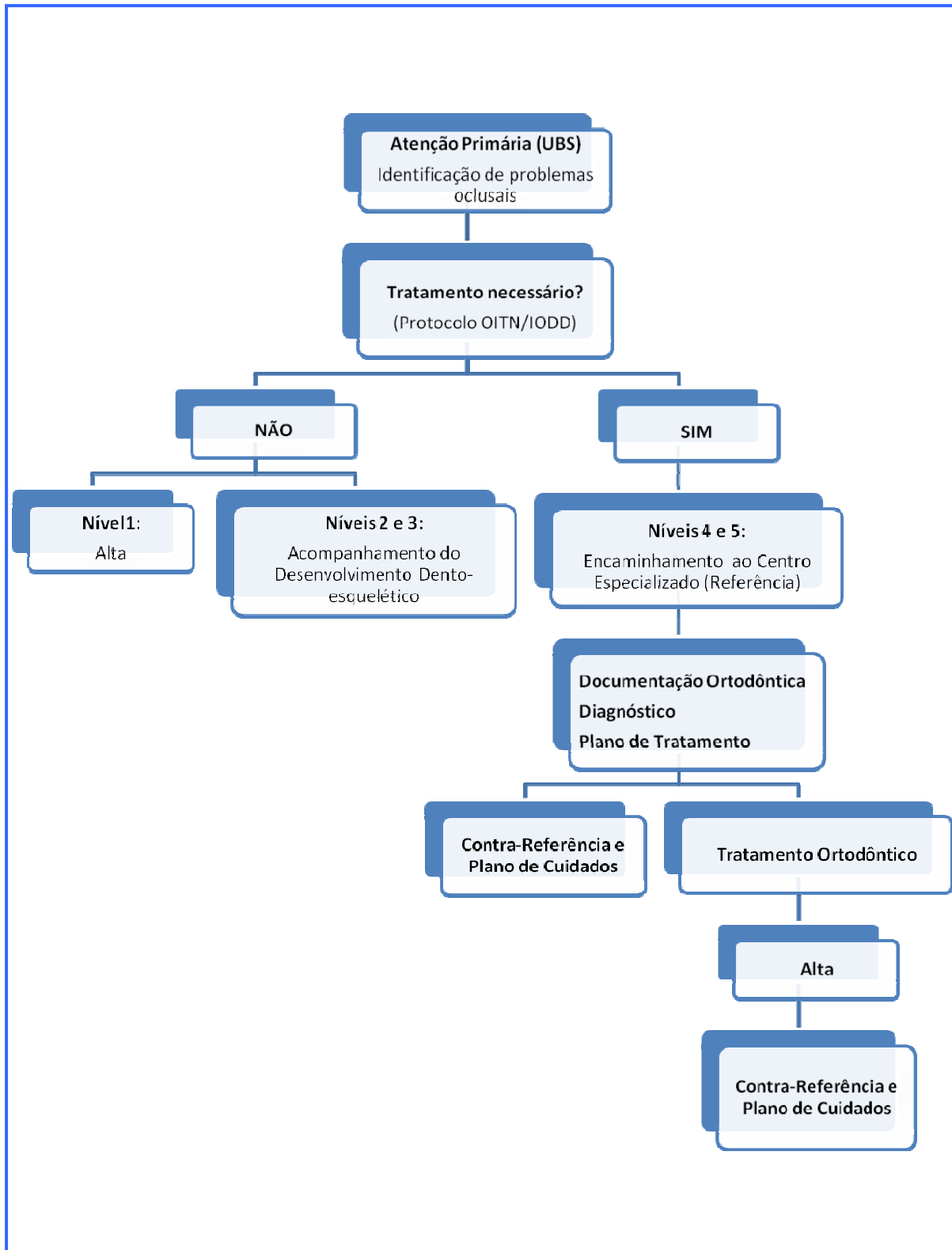


Figura 19 - Fluxograma para referência e contra-referência em Ortodontia para o setor público.  
FONTE: Elaboração própria.

#### 6.4 A documentação Ortodôntica

A resolução 063/2005 do CFO (CFO, 2005) determina as competências dos ACDs e THDs, e assim nota-se que algumas de suas atribuições podem ser de extrema valia no desenrolar do atendimento ortodôntico público, como por exemplo: fazer tomadas radiográficas intra-bucais e revelá-las; participar do treinamento dos ACDs e confeccionar modelos ortodônticos (SILVA et al., 2006). Como todos os serviços especializados de saúde dispõem de aparelhos de raios X para tomadas de radiografias periapicais, os THD devem se encarregar desta tarefa e ainda se responsabilizar pela revelação e pelo preparo das mesmas. Esse profissional ainda pode ser incumbido da execução das moldagens dos pacientes, dinamizando assim o trabalho em equipe e maximizando a ergonomia do serviço, o que certamente economizaria o tempo do ortodontista deixando seu tempo livre para mais atendimentos clínicos.

Um ponto adicional a ser considerado neste debate se refere aos custos, via de regra, elevados da tomada de radiografias, fotografias e modelos ortodônticos na fase inicial de tratamento<sup>27</sup> (TABELA 38). Embora esses custos possam apresentar grandes variações entre diferentes clínicas que oferecem o serviço, de um modo generalizado, a confecção desta documentação se apresenta onerosa.

Tabela 38 - Relação dos preços de mercado de documentação ortodôntica completa, praticados por três diferentes clínicas.

Estabelecimentos	Preço da documentação ortodôntica completa, em Reais
Clínica 1	R\$ 150,00
Clínica 2	R\$ 135,00
Clínica 3	R\$ 180,00

FONTE: Consulta de Preços a três clínicas de radiologia situadas na cidade de Juiz de Fora - MG

Na maior parte dos serviços públicos de Ortodontia incluídos nesta investigação a documentação do paciente é feita na forma de compra de serviços terceirizados, pois nem todos os centros de saúde públicos ou nem mesmo todos os municípios dispõem da

<sup>27</sup> Referente aos valores fornecidos por três diferentes clínicas de radiologia de Juiz de Fora (MG).

aparelhagem necessária para sua execução. Insumo esse altamente especializado e de custos elevados (TABELA 39). Esses valores, embora realmente altos, diluídos a longo prazo, podem representar uma vantagem para o município, quando equacionados em relação ao montante pago na “compra” das documentações de todos os pacientes em tratamento no CEO, ou em outra clínica pública. O valor aparentemente mais baixo gasto com uma documentação completa, se pago para 400 pacientes aproximadamente, já perfaz o valor de mercado do ortopantomógrafo, que em pouco tempo de uso já consistirá em uma redução nos gastos da unidade mantenedora do serviço.

Tabela 39 - Relação dos preços de mercado de Ortopantomógrafo, de três marcas diferentes.

Aparelho de Raio X cefalométrico / panorâmico	Preço de mercado (Em Euros)
Marca A	41.700,00
Marca B	35.370,00
Marca C	24.750,00

FONTE: Consulta de Preços via internet a três grandes fabricantes de Equipamentos Radiográficos.

Se o município optar por não adquirir os insumos e equipamentos essenciais na confecção desta documentação, a solução é realmente a terceirização dos serviços, situação inclusive defendida por HEBLING et al. (2007). Contudo, há informações recentes (ISHIGAMI, 2008) de que, com a grande possibilidade de crescimento das ações ortodônticas no SUS, o MS já estuda a formação de redes de imaginologia específica para atender a esses serviços.

O ideal em termos de propedêutica para o diagnóstico e arquivos ortodônticos é que se tenha elementos radiográficos e documentais da forma mais completa possível. No entanto, sabemos que há vários elementos auxiliares no diagnóstico ortodôntico, o que confere certa flexibilidade na utilização de outros anexos que não modelos em gesso e radiografias. Fica facultado ao profissional selecionar o tipo de documentação que será utilizado no diagnóstico e no plano de tratamento de cada paciente. Essa flexibilidade na escolha adquire uma grande importância em um serviço público, por fatores econômicos. Via de regra, este setor é majoritariamente procurado por pacientes de menor poder aquisitivo. Se



a clientela arcar com os custos, esses devem ser os mais baixos possíveis, pois os valores apresentados acima causam grande impacto no orçamento familiar. E mesmo no caso de terceirização dos serviços, a própria tomada de radiografias, fotografias e modelos podem servir de obstáculo nesta oferta, contribuindo por limitar o número de pacientes atendidos, devido aos seus altos valores monetários.

Neste caso, de acordo com o problema apresentado pelo paciente que chega ao centro de referência especializada, o ortodontista poderá, sem prejuízos para o diagnóstico ou para o tratamento da clientela, solicitar o estritamente essencial para o estabelecimento do plano de tratamento. Seguem algumas sugestões acerca dessa flexibilidade na escolha:

Quadro 8 - Diferentes tipos de más oclusões e os seus principais elementos diagnósticos

	<b>Má oclusão supostamente de origem dentária</b>	<b>Má oclusão supostamente de origem dento-esquelética</b>
<b>Início da dentição mista</b>	Radiografia panorâmica Periapicais dos incisivos Fotografias intra e extra-orais Modelos de estudo em gesso	Idem anterior + Cefalométrica com traçado
<b>Final da dentição mista</b>	Radiografia panorâmica Periapicais dos incisivos Fotografias intra e extra-orais Modelos de estudo em gesso	Idem anterior + Cefalométrica com traçado Mão e punho (predição de idade óssea)
<b>Dentição permanente</b>	Radiografia radiodôntica Fotografias intra e extra-orais Modelos de estudo em gesso	Idem + cefalométrica com traçado Mão e punho (predição de idade óssea)

FONTE: Elaboração própria

As radiografias de mão e punho, utilizadas para predizer o crescimento ósseo, podem ser substituídas pela própria radiografia cefalométrica de perfil, segundo a técnica desenvolvida na Universidade Estadual de Campinas UNICAMP, em que o estágio desenvolvimental das vértebras cervicais que podem estar aparentes nas teleradiografias cefalométricas, permite que se estime a idade óssea da criança (CALDAS, 2007).

## 6.5 Confeção da aparatologia ortodôntica

O grande “nó crítico” que foi apresentado como sendo o deslocamento do Ortodontista para a confeção dos aparelhos ortodônticos, em detrimento de sua atuação no

atendimento clínico, pode ser facilmente contornado. Dentre as competências do TPD, devidamente inscritos no CRO de seu estado, estão: executar a parte mecânica dos trabalhos odontológicos e treinar auxiliares e serventes do laboratório de prótese odontológica (PEREIRA, 2004).

É inadmissível que o cirurgião-dentista seja obrigado a canalizar parte de seu tempo clínico para a confecção de aparelhos ortodônticos e ortopédicos. O número de pacientes de Ortodontia atendidos, de uma maneira geral, sofrerá um exponencial aumento se aquele especialista dedicar seu tempo exclusivamente à ações coletivas de prevenção e esclarecimento além da atuação na clínica.

Os TPDs devem, portanto, figurar na equipe de saúde bucal de um estabelecimento que oferece Ortodontia em seu rol de ações. Mesmo que onere o orçamento do ente federado quanto à folha de pagamento de pessoal, essa iniciativa deve abrir novas frentes de trabalho, tornando o atendimento otimizado quantitativa e qualitativamente.

HEBLING et al. (2007) defendem a terceirização e credenciamento dos serviços laboratoriais protéticos e de radiologia. Embora esse tipo de parceria público-privado possa suscitar alguma semelhança com época da compra de serviços do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), não se deve tirar seus méritos, pois na impossibilidade estrutural ou conjuntural da oferta direta de serviços, a terceirização é bem-vinda. Se este for o método escolhido ou a única forma possível para que um município desenvolva a atenção ortodôntica em sua gama de responsabilidades, um cuidadoso processo de implantação deve ser seguido. Esse deve primar pelo bem-estar da população e evitar que interesses privados sobrepujem essa grande ação social, com favorecimento de clínicas particulares em detrimento da oferta de serviços de melhor qualidade à população.

## **6.6 Padronização do diagnóstico e atendimento clínico**

O esclarecimento à população para a prevenção das más oclusões pode ser feito pela ESB da ESF, com informações técnicas sobre como prevenir e evitar alterações no posicionamento dos dentes. Dentre essas ações estão a remoção de hábitos bucais deletérios; supervisão na erupção dos dentes permanentes; prevenção de perdas precoces de dentes decíduos e orientações quanto à alimentação e cuidados com a saúde bucal.

O diagnóstico precoce de uma provável má oclusão e as pequenas intervenções preventivas supracitadas devem ser realizadas pelo cirurgião-dentista clínico geral atuante na

atenção primária do serviço público. No caso da necessidade de intervenção corretiva ou interceptativa ortodôntica, esse profissional se encarregará de fazer o devido encaminhamento ao CEO referência de sua região sanitária para que o paciente possa, quando possível, ser atendido pelo ortodontista.

O enfoque preventivo em Ortodontia traz grande benefício à população e o que é mais importante: a baixos custos. A prevenção irá evitar que algumas más oclusões se instalem reduzindo a demanda para tratamento ortodôntico no futuro ou ainda irá minimizar as seqüelas advindas de uma má oclusão leve, tornando seus efeitos menos severos. O trabalho preventivo então, se constitui de procedimentos básicos de orientação, supervisão e acompanhamento, sem custos adicionais com insumos, apenas sendo necessária a conscientização e a capacitação profissional para o trabalho.

Para LOPES-MONTEIRO (2003) e SKIDMORE (2006) a prevenção só é possível em alguns casos especiais e tem na educação para a saúde e no esclarecimento à população seus grandes baluartes. Dentre seus objetivos estão: evitar o problema com a discussão de valores, saberes e crenças da população e do uso do conhecimento profissional para o esclarecimento dos indivíduos alvos dos programas de saúde. As ações preventivas, além de um cunho esclarecedor e social, também contribuiriam para reduzir a demanda para um potencial tratamento ortodôntico futuro visando, dessa forma, preservar a integridade da evolução normal da oclusão, evitando a instalação de determinadas oclusopatias.

Quando uma situação anormal já se instalou na oclusão dentária, lança-se mão da interceptação ou minimização do problema (LOPES-MONTEIRO et al., 2003). Essa intervenção é chamada de Ortodontia interceptativa que consiste na extensão dos procedimentos preventivos, tendo sua aplicação em saúde pública já discutida por MACIEL (2003). É importante lembrar que se a má oclusão envolver problemas esqueléticos, os procedimentos interceptativos são mais complexos, adquirindo um caráter praticamente curativo. Nestes casos, dever-se-á lançar mão da aparatologia ortopédica ainda na fase interceptativa de tratamento, e na fase posterior utiliza-se o aparelho fixo.

Atualmente, o conceito de interceptação em Ortodontia ganhou conotações mais dinâmicas (FRANCHI et al., 2004) e não se refere somente às ações ditas puramente ortodônticas, ou seja, baseada puramente em pequenos movimentos dentários. Nas últimas décadas os princípios europeus da Ortopedia Facial ganharam força, inclusive no Brasil, país no qual os ortodontistas seguem a linha americana de tratamento. Desta forma, o tratamento em duas fases (uma ortopédica e a outra ortodôntica) foi se tornando a mais importante

ferramenta na interceptação de uma má oclusão para, posteriormente, se necessário, resolver definitivamente o problema minimizado.

Via de regra, abraçando-se esta terapêutica, em uma primeira fase na época da infância ou pré-adolescência, se corrige a má oclusão e a discrepância esquelética com aparelhos ortopédicos, e em uma segunda fase de tratamento, depois da erupção dos dentes permanentes, é utilizado o aparelho ortodôntico total para estabelecer detalhes da oclusão do paciente. O tratamento em duas fases apresenta excelente custo-benefício para o paciente que tem a sua má oclusão esquelética tornada menos grave ainda no primeiro tempo de terapia (FRANCHI et al., 2004). Na fase posterior, o período de uso do aparelho fixo será consideravelmente abreviado. Se o tratamento convencional leva de dois a três anos para se completar, quando a primeira fase esteve presente esse período pode ser reduzido à metade. Os mesmos autores citados neste parágrafo ainda ratificam que quanto mais precoce for a intervenção na primeira fase – início da dentição mista – melhores são os resultados. JIANG et al. (2005) corroboram estas afirmações. O ortodontista está apto a determinar a necessidade de tratamento se em duas fases ou não e, sempre que possível, deve optar por esse procedimento.

No âmbito da saúde pública e com o aumento da inclusão do atendimento ortodôntico no SUS o tratamento em duas fases adquire uma outra conotação: a financeira. Segundo THEIS et al. (2005), a etapa 1 do tratamento apresenta um baixo custo e também os gastos com uma virtual segunda fase terapêutica. Em última análise haverá um aumento do número de pacientes tratados devido à redução de custos e do tempo gasto para a solução do problema.

Em nossas seguintes considerações e sugestões sobre um protocolo clínico, não objetivamos enumerar todos os tipos de aparelhos, nem determinar as modalidades terapêuticas, suas vantagens ou desvantagens, queremos apenas sugerir um roteiro básico de tratamento na época certa de intervenção e com a ideal combinação dos efeitos da mecanoterapia no crescimento e desenvolvimento craniofacial, sempre embasados por pesquisadores de renome internacional.

Conforme escreveu MONTAIGNE (1592), p.196:

Não me inspiro em citações; valho-me delas para corroborar o que digo e que não sei tão bem expressar, ou por insuficiência da língua ou por fraqueza do intelecto. Não me preocupo com a quantidade e sim com a qualidade das citações...

Com esse propósito lançamos mão do conhecimento adquirido na academia (Especialização em Ortodontia e Ortopedia Facial); na vivência clínica pública e privada como também no magistério, além do respaldo da literatura científica de “peso” a qual nos recorreremos.

*Considerações acerca de condutas interceptativas e corretivas das desarmonias dentárias*

Embora MOYERS (1991) declare que o período da dentição mista é o ideal para se iniciar uma intervenção ortodôntica, um dos grandes dilemas que ainda hoje rondam a Ortodontia mundial é justamente a época certa para esse começo, se antes ou depois da erupção completa dos dentes permanentes. Segundo VIAZIS (1995) os objetivos de qualquer tratamento antes da erupção de todos os dentes permanentes são: corrigir a discrepância entre os maxilares, melhorar a função e a estética facial, permitindo seu desenvolvimento normal; criar corretos *overbite* e *overjet*, alinhando os dentes anteriores, e assim reduzindo o risco de traumatismos os envolvendo; e por fim, promover ganhos de espaço nas arcadas evitando extrações futuras ou até cirurgias ortognáticas (TRUPIN, 2007 e WHEELER, 2007).

De qualquer forma a época certa para o tratamento dependerá do tipo de má oclusão, se esquelética se dentária ou se está presente uma associação de ambas. Nos QUADROS 9 e 10 resumimos as possíveis condutas terapêuticas no caso de más oclusões exclusivamente dentárias segundo quatro períodos distintos de evolução da dentição e do esqueleto crânio-facial.

Assim como os hábitos bucais deletérios devem ser interrompidos o mais precocemente possível, tão logo são identificadas as perdas precoces de dentes decíduos devem demandar também uma intervenção imediata (GRABER, 1996). Os mantenedores de espaço, que se apresentam de diversas formas e tipos podem ser usados a qualquer tempo, impedindo a migração dentária e o conseqüente fechamento do espaço destinado ao sucessor permanente.

As mordidas cruzadas anteriores de origem dentária podem facilmente ser corrigidas através de um plano inclinado fixo, devidamente bem indicado. Já a contraparte posterior deste tipo de má oclusão deve ser tratada com expansão palatina rápida, para a qual existe uma considerável gama de aparatologia (disjuntores de Haas, Hyrax, Quad-hélix, dentre outros).

Algumas situações não são passíveis de uma solução em fases precoces da dentição mista e demandarão o uso de aparatologia fixa no futuro, como dentes

extranumerários, agenesias de elementos dentários, impacção de dentes decíduos ou mesmo permanentes. Nesses casos o ortodontista deve intervir em fases iniciais, removendo as barreiras mecânicas (supranumerários, impactados) e preservando a evolução clínica do paciente até o fim da dentição mista quando deve introduzir a mecânica ortodôntica total. Esse período é o de eleição nesses casos, evitando-se assim o uso excessivamente prolongado do acessório ortodôntico.

As mordidas abertas anteriores, quando são causadas por hábitos bucais deletérios, são facilmente revertidas com a remoção do mesmo e a utilização de uma grade palatina. Os apinhamentos, quando não são muito severos e quando não há a necessidade de uma extração seriada, deve-se acompanhar a evolução clínica até o fim da dentição mista. Porém, quando a expansão dos arcos for possível, esta deve ser a conduta de escolha.

Quadro 9 - Más oclusões dentárias e terapias ortodônticas, segundo a fase ideal para intervenção

Problema Dentário	Período mais eficiente para o tratamento			
	Dentição Decídua 4-6 anos	Dentição Mista-Precoce 6-8 anos	Dentição Mista-Tardia 8-11 anos	Dentição Permanente
Hábitos	Interceptação			
Perda precoce de dentes decíduos	Manutenção e/ou recuperação de espaço			
Mordida cruzada posterior dentária	Expansão maxilar			
Mordida cruzada anterior dentária	Plano Inclinado Fixo			
Dentes extranumerários	Extração		Controle	Aparelho fixo total
Agnesias	Supervisão		Controle	Aparelho fixo total
Dentes decíduos retidos/impactados	Remoção		Controle	Aparelho fixo total
Dentes permanentes impactados	Remoção do dente ou resolução da impaction			
Mordida aberta anterior	Grade palatina			
Apinhamento dentário leve/moderado	Se possível, expansão ou controle até a esfoliação do 2 molar decíduo			Aparelho fixo total
Apinhamento severo (discrepâncias acima de 10 mm)	Extração seriada			

FONTE: Elaboração própria a partir de: MOYERS(1991); VIAZIS(1995); GRABER(1996); TRUPIN (2007) e WHEELER(2007)

### *Considerações acerca de condutas interceptativas e corretivas das desarmonias dento-esqueléticas*

As más oclusões de origem dento-esquelética ou somente esqueléticas, por serem mais complexas, apresentam ainda maiores variâncias nas formas de tratamento, assim como uma maior discordância entre clínicos e pesquisadores. Defendemos enfaticamente a utilização, quando possível, do tratamento em duas fases, pelos motivos já expostos. Na literatura ortodôntica, a cada ano, a controvérsia existente entre tratamento em uma ou duas fases ganha consistência. Contudo, quando se discute o fato, a maioria dos artigos se remete aos resultados finais dos tratamentos, não avaliando os ganhos que a primeira fase pode trazer, ganhos esses de cunho estético funcional e econômico. No que tange a políticas públicas, esse tipo de terapia se posta como a melhor alternativa.

Para PROFFIT (2006) sua utilização é preconizada quando em longo prazo se justificam os custos, ou quando a fase 1 elimina a necessidade de uma outra fase de tratamento, nas oclusopatias esqueléticas. No que toca a esse tipo de terapêutica, em caso de associação de fatores dentários e esqueléticos determinando uma má oclusão, quando falamos em saúde pública ou provimento de tratamento ortodôntico pelo setor estatal, devemos considerar dois fatores: 1) o tratamento corretivo total é ainda quase impraticável em larga escala no SUS devido aos seus custos; e 2) a primeira fase apesar de não completar totalmente o tratamento, reduz significativamente a agressividade da má oclusão a trazendo de um grau 5 ou 4 na escala do OITN para um nível 2 ou 3 da mesma. Opinião corroborada por VAKIPARTA et al. (2005) e por SILVA et al. (2008). Isso implica em dizer que esse tratamento ainda que “parcial” já contribui para uma melhor inserção social do paciente; para determinar uma melhora em sua auto-estima e para prover uma melhora em sua fisiologia oral. Ainda que não seja possível, no SUS, a realização da segunda fase, em que o aparelho fixo corrigirá a posição dos dentes dado aos altos custos da mesma, os maxilares já apresentarão seu crescimento redirecionado e a discrepância entre eles será menor.

WHEELER et al. (2006) admitem que, embora o resultado clínico quase sempre é o mesmo em tratamentos em 1 ou 2 fases, os pacientes tratados com essa última técnica, apresentam mudanças esqueléticas e dentárias melhores que os que recebem o tratamento em uma só fase. E para DIAS et al. (2008) a primeira fase de tratamento ganha força na redução da necessidade de tratamento ortodôntico posterior.



O tratamento interceptativo precoce das más oclusões de Classe II é comprovadamente eficaz, reduzindo sua severidade, seja ele executado com aparelhos extra-orais ou com ativadores ortopédicos como o Bionator. Para VIAZIS (1998) as más oclusões de Classe II, com exceção dos casos de severa deficiência mandibular, devem ser tratadas em estágios mais tardios aproveitando o potencial de crescimento esquelético do paciente e ainda tendo sua cooperação como valor agregado ao tratamento. Mesmo alertando para as controvérsias sobre a questão, DOLCE et al. (2007) concordam que o uso de ativadores ortopédicos se apresenta bem eficiente na redução da Classe II em casos em que a primeira fase interceptativa precede a segunda, estritamente corretiva.

VIAZIS (1995) em um clássico sobre o tempo ideal de intervenção ortodôntica ponderou que algumas más oclusões como as mordidas cruzadas funcionais deveriam ser tratadas tão logo possível, mesmo na dentição decídua. As mordidas cruzadas dentárias e esqueléticas apresentam o mesmo tratamento: a disjunção palatina, que deve ser feita em fases precoces, antes da completa ossificação das suturas faciais, no fim da puberdade.

Para os casos de Classe I com biprotrusões, tanto PROFFIT (2006) quanto MIRABELLI et al. (2006) concordam que o tratamento deve ser feito já na dentição permanente em que será necessário proceder a extrações dentárias e, via de regra, aparatologia fixa total. Nos apinhamentos dentários o debate entre expansão e extração ainda se perpetuará. Assim como o tratamento precoce da Classe III com uso de mentoneiras, pois este tem perdido respaldo científico e clínico. Hoje prefere-se postergar o tratamento dessa oclusopatia. PROFFIT (2006) acredita que este adiamento deve ser feito em 2 casos: Classe III com grande crescimento mandibular e mordida aberta com crescimento insuficiente do ramo mandibular. Nos pacientes em que a Classe III se apresentar por deficiência no crescimento da maxila, uma intervenção bem precoce, ainda na transição dentição decídua para a mista (4-6 anos) deve ser feita com a utilização da máscara facial. Terapêutica que tem sido amplamente aplicada e com bons resultados (THEIS et al., 2006).

As alterações de cunho vertical como sobremordidas exageradas e mordidas abertas *de per si* já são limitadas quanto à correção, porém na fase 1 do tratamento da primeira condição, pode-se usar a placa de mordida que atenuará o quadro clínico do paciente e permitirá, na dentição permanente, a montagem do aparelho ortodôntico fixo. GABER (1996) defende que, no tratamento do segundo problema, um arco extra-oral com puxada alta pode ser útil e eficaz, desde que o ramo mandibular tenha um crescimento suficientemente bom.

Quando a má oclusão decorre de uma síndrome genética ou se apresenta como um caso grave de discrepância dento-esquelética, o tratamento cirúrgico, que geralmente é usado na correção desses quadros, quase sempre é feito em estágios tardios da dentição permanente, após o completo crescimento esquelético do paciente. Algumas más oclusões, contudo, como por exemplo, as fissuras lábio-palatais, demandam um tratamento contínuo a longo prazo, que deve ter início em fases de tenra idade e requerem uma equipe multiprofissional.

Quadro 10 - Más oclusões de origem dento- esquelética e terapias ortodônticas associadas, segundo a fase ideal para intervenção.

Problema dento-esquelético	Período mais eficiente para o tratamento			
	Dentição Decídua 4-6 anos	Dentição Mista- Precoce 6-8 anos	Dentição Mista- Tardia 8-11 anos	Dentição Permanente
Classe I biprotrusão				Aparelho fixo total
Classe II com excesso maxilar e/ou deficiência mandibular			AEB/Ativadores funcionais ortopédicos	Aparelho fixo total
Classe II com deficiência mandibular severa				Aparelho fixo + cirurgia ortognática
Classe III por deficiência maxilar ou falsa Classe III	Máscara facial			Aparelho fixo total
Classe III por excesso mandibular	Mentoneira?			Aparelho fixo total+ cirurgia ortognática
Mordida cruzada posterior		Expansão maxilar		Aparelho fixo total
Mordida aberta			AEB puxada alta/ aparelho de Thurow	Aparelho fixo total
Mordida aberta com insuficiente crescimento do ramo				Aparelho fixo + cirurgia ortognática,
Sobremordida exagerada		Placa de mordida		Aparelho fixo total
Tratamentos limitados (síndromes)	A qualquer tempo			

FONTE: Elaboração própria a partir de: VIAZIS (1995); GRABER (1996); VAKIPARTA et al (2005); MIRABELLI (2006); PROFFIT (2006); THEIS (2006); DOLCE et al (2007); TRUPIN (2007); WHEELER (2007); DIAS et al (2008) e SILVA et al (2008).

## 6.7 Gestão Financeira do tratamento ortodôntico

Dada à grande profundidade e densidade do tema financiamento das ações odontológicas (o que merece especial atenção em trabalhos futuros) e por objetivarmos neste trabalho a minimização de gastos intramuros, seja nos CEOs ou demais EPSBs, não nos deteremos em questões específicas de financiamento, e sim ao gerenciamento e redução dos gastos com as ações ortodônticas. Embora sejamos congruentes com gestores e chefes de serviço sobre a insuficiência dessas verbas, apenas sugerimos aqui uma revisão quantitativa nos repasses financeiros destinados a ações de média e alta complexidade. O crescente número de especialidades odontológicas oferecidas pelos CEOs, demanda um aumento em escalas condizentes no incentivo financeiro também destinado a essas ações.

Reiteramos também que há, neste processo, a necessidade da reformulação de uma rede de cooperação entre as unidades federativas, dinamizando o SIA-SUS, tornando-o mais moderno e eficaz, e sobretudo, alimentando este sistema com informações precisas que facultarão a usuários, gestores e pesquisadores sua pronta utilização com fins epidemiológicos, de planejamento e científicos.

O financiamento para as ações de Ortodontia não são específicos nem discriminados dentro do repasse financeiro aos estados, municípios ou mesmo aos CEOs. Compete à gerência de saúde e/ou dos CEOs a escolha das áreas de aplicação desses recursos. Assim sendo um gerenciamento estratégico dos recursos humanos, das atividades clínicas, dos insumos e dos materiais de consumo utilizados no tratamento ortodôntico, pode minimizar os custos deste tratamento aumentando o benefício do mesmo.

Para que sejam planejadas diretrizes em saúde pública é necessário que se conheça a realidade epidemiológica da população alvo dos programas desenvolvidos. Nada mais natural que os municípios candidatos a implantar em sua rede assistencial os serviços ortodônticos conheçam, através de levantamentos epidemiológicos, as condições bucais da população local. Isso dará subsídios para que se trace as metas que deverão ser alcançadas pelo novo serviço a curto e a longo prazo.

A aquisição de materiais, insumos e equipamentos deve ser estimada em consonância com o tamanho da demanda, assim como os recursos humanos que devem ser contratados (número, funções), baseados na necessidade da população a ser atendida.

Um outro vetor no sentido de minimização de custos passa pelo tipo de tratamento oferecido, que deve ser interceptativo ou quando possível em duas fases. Apesar de PROFFIT (2006) acreditar que essa última modalidade terapêutica requeira maiores gastos, esses serão realmente menores se lançarmos mão somente da primeira fase do tratamento o que já apresenta um grande avanço, conforme discutido no tópico anterior.

Há que se pesar também o gerenciamento dos pacientes, pois o sistema precisa estar sustentado em uma organização exemplar com o controle de agendas e da frequência dos pacientes feito de forma rigorosa, limitando faltas, atrasos nas consultas e avarias no aparelho. Desta forma, evitar-se-ia malefícios ao paciente e danos ao desenvolvimento do trabalho.

A utilização de pessoal auxiliar em um consultório odontológico (ACD, THD, TPD) torna-se fundamental para conseguir um aumento na produtividade, uma melhoria na qualidade do trabalho, diminuição do estresse e fadiga e para maior ergonomia na execução dos procedimentos (SILVA et al., 2006). O trabalho em equipe, com cada ator desempenhando suas atribuições, implicará em última análise, na economia de tempo e de gastos.

E por fim, além da criteriosa aquisição de equipamentos e insumos essenciais para o serviço, que puderem ser estocados sob as devidas condições sanitárias, um sistema de seleção para o acesso de pacientes que evite gastos com tratamentos desnecessários, torna-se imperioso. Propõe-se também que sejam contatadas as unidades públicas de ensino odontológico, de graduação e pós-graduação, localizadas nas cercanias do município. A celebração de convênios ou a formação de uma rede cooperativa, além de trazer benefícios diretos pelas instituições de ensino sinergizando com os municípios na atenção às especialidades odontológicas, trará benefícios indiretos, não menos importantes, como a formação profissional comprometida com a saúde bucal e geral da população.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho trouxe a público elementos até então desconhecidos de ortodontistas e sanitaristas. Elementos esses que, a despeito de suas limitações, servirão de semente para novas pesquisas e municiarão debates contumazes acerca do assunto. Assim sendo, parece que enfim a Ortodontia, outrora elitista e excludente, se aproxima dos princípios constitucionais referentes à saúde e universaliza sua ilustre missão de devolver ao cidadão um de seus direitos mais elementares: a qualidade de vida.

Embora já presente em níveis públicos antes de 2004, a atenção ortodôntica vem sendo incrementada de maneira exponencial pela PNSB, que nos parece alcançar plenamente um dos seus objetivos: promover a integralidade na atenção através de ações em odontologia especializada. A referida política conferiu grande impulso à consolidação da Ortodontia no SUS, porém há que se ressaltar também o papel dos estados e dos municípios nesta inclusão. Esses entes federados desempenharam, como desempenharão, um papel crucial na implementação da PNSB assim como na operacionalização da assistência ortodôntica na rede pública, seja no sentido do financiamento, do gerenciamento ou da própria concessão de recursos humanos e capacidade instalada. Portanto, estados e municípios, representados por gestores, gerentes de CEOs e profissionais, devem dividir com o MS os méritos advindos desta bem sucedida política.

No que tange aos nichos de tratamento ortodôntico público encontrados pela pesquisa, podemos inferir que estes estão situados, em sua maioria, em cidades diferenciadas, pois são pólos regionais que vêm logrando progressos no controle das cáries e que apresentam um bom IDH. Grande parte delas, porém, carece de uma melhor estruturação na atenção básica; e na promoção de um maior investimento em saúde, além de uma maior participação da odontologia em seus gastos.

Já os centros de saúde bucal descritos merecem menções honrosas por sua iniciativa e congratulações pelo trabalho desenvolvido. Contudo, ainda existem problemas nessa atenção, problemas esses que transcendem a vontade dos atores envolvidos no processo. Esses “nós críticos” passam por: carência de recursos humanos; inoperância do sistema de referência e triagem; terceirização de serviços que poderiam ser realizados no próprio centro de saúde; ausência de um protocolo clínico com diretrizes básicas sobre a atenção e limitações quantitativas no financiamento. No entanto, espera-se que com o desnudamento dos dados referentes ao processo de inclusão da Ortodontia no SUS e com discussões, debates e avanços

nas sugestões contidas na modesta agenda por nós proposta. A aproximação em destaque se fará em bases efetivas, eficazes e eficientes tanto no sentido político, quanto operacional e técnico.

As lacunas científica e político-sanitárias estão sendo reveladas, seu processo de fechamento teve início. Contudo, há muito a se fazer nessa direção. A semente já está lançada, que trabalhos vindouros determinem o fim dessas lacunas e consolidem a bem sucedida aproximação Ortodontia – 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.

ANGLE, E.H. Classification of malocclusions. *Dental Cosmos*, Philadelphia, v.41, n.3, p.248-64, Mar.1899.

BARROS, S.G.; CHAVES, S.C.L. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, n.1, v.12, p.41-51, jan/mar. 2003.

BEDI, E. Challenges to dental access- England as a case study. *Community Dent Oral Epidemiol*, n.34, p.222-4, 2006.

BENTELE, M.; VIG, K.W.L.; SHANKER, S. et al. Efficacy of training dental students in the index of orthodontic treatment need. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, Editorial, v.122, n.5, p.456-62, Nov. 2002.

BHAYAT, A.; CLEATON-JONES, P. Dental clinic attendance in Soweto, South Africa, before and after the introduction of free primary dental health services. *Community Dent Oral Epidemiol*, n.31, p.105-10, Apr. 2003.

BOGDAN, R.C.; BIKLEN, S.K. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Editora Porto, 1994.

BRASIL. Decreto n. 16782A de 13 de janeiro de 1925. *Estabelece o concurso da união para a difusão do ensino primário, organiza o Departamento Nacional de Ensino, reforma o ensino secundário e superior e dá outras providencias*. Rio de Janeiro, 1925.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB/ SUS 01/1993*. Brasília, 1993.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria nº 62/GM em 19 de abril de 1994. *Estabelece as normas para o cadastramento de hospitais que realizam procedimentos integrados para realização estético-funcional dos portadores de má-formação lábio-palatal para o SUS*. Brasília, 1994.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB/ SUS 96. Gestão Plena com responsabilidade pela saúde cidadão*. Brasília, 1997.



\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria n. 1444/GM, de 28 de dezembro de 2000. *Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família*. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria nº 267/GM, de 06 de março de 2001. *Estabelece o Incentivo a saúde bucal no PSF*. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, SAS: *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS- SUS 01/01 SAS- Brasília, 2001.*

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria n.1101/GM, de 12 de junho de 2002. *Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS*. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, 2003. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Banco de dados da pesquisa *Condições de Saúde Bucal da População Brasileira - Projeto SBBrasil 2003*. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br).

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, 2004a. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*, Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. 2004b. Portaria nº 1570/GM em 29 de julho de 2004. *Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação dos Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias*. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria nº 1063/GM em 04 de julho de 2005. *Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação dos Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias*. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, 2006a. Portarias nº. 599 e 600/GM de 23 de março de 2006. *Define a implantação de Especialidades Odontológicas e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento*. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. 2006b. Série Técnica. *Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde: A Política Nacional de saúde Bucal no Brasil: Registros de uma conquista Histórica*. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, 2006c. Saúde Bucal. *Cadernos de Atenção Básica*. N.17. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, 2006d. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, 2006 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_, Ministério da Educação. Resolução n. 1/GM de 8 de junho de 2007. *Estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós graduação lato sensu, em nível de especialização*. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, 2008a. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Cidades com Centros de Especialidades Odontológicas.2008a*. Disponível em [www.saude.gov.br/bucal](http://www.saude.gov.br/bucal).

\_\_\_\_\_, DATASUS, 2008b. Disponível no endereço eletrônico: [www.saude.gov.br/portal/aplicacoes/anuarios2001/morb/mort17cfm](http://www.saude.gov.br/portal/aplicacoes/anuarios2001/morb/mort17cfm). Acesso em julho de 2008.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, 2008c. Departamento de Atenção Básica. Disponível no endereço eletrônico: [WWW.saude.gov.br/dab](http://WWW.saude.gov.br/dab). Acesso em 20 de julho de 2008.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, 2008d. SIOPS. Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde. Disponível no endereço eletrônico: [www.siops.datasus.gov.br](http://www.siops.datasus.gov.br). Acesso em 02 de maio de 2008.

\_\_\_\_\_, Constituição Federal, 2008e Emenda Constitucional nº 29, setembro de 2000. *Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde*. Disponível em: <http://www.dgp.eb.mil.br/normas/ec29.htm>. Acesso em 03 de março de 2008.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, 2008f. Departamento de Atenção Básica. Manual de Especialidades em Saúde Bucal. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Pág.97-101. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, 2008g. *Tabela de Procedimentos Ambulatoriais- SIA-SUS*. Disponível em [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br). Acesso em 22 de janeiro de 2008.

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.

CALDAS, M.P. *Avaliação da maturação esquelética na população brasileira por meio da análise das vértebras cervicais*. Dissertação de Mestrado. FO-UNICAMP, 2007. Disponível em: <http://www.libdig.unicamp.br/document/2.code.vtes0004085/2>.

CFO-CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. *II Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório Final*. 1993.

\_\_\_\_\_, *IV Conferência Nacional de Saúde Bucal Relatório Final*. 2004.

\_\_\_\_\_, Resolução n. 063/200, 2005. *Consolida as normas para procedimentos nos consultórios de odontologia*. Rio de Janeiro, 2005.

\_\_\_\_\_, Página Eletrônica do CFO, 2008a. Estatísticas da odontologia. Disponível em: [http://www.cfo.org.br/busca\\_dados/totais/tot\\_esp\\_cro.asp](http://www.cfo.org.br/busca_dados/totais/tot_esp_cro.asp). Acesso em 05 de abril de 2008.

\_\_\_\_\_, *Jornal do CFO*.2008b. Ano 16, n.22. jan./fev. 2008.

\_\_\_\_\_, *Jornal do CFO*.2008c. Ano 16, n.85. jul/ago. 2008.

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.

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

DENTAL PUBLIC HEALTH CHILDREN'S ORTHODONTIC PROGRAM. Disponível em: <http://www.peidental.ca/.html>. Acesso em 20 de abril de 2008.

DIAS, P.F.; GLEISE, R. O índice de necessidade de tratamento ortodôntico como um método de avaliação em saúde pública. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*, Maringá, v.13, n.1, p.74-81, jan./fev. 2008.

DOLCE, C.; WHEELER, T.; Mc GORAY, S.A. Timing of Class II treatment: skeletal changes comparing 1-phase and 2-phase treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, v.132, n.4, p. 481-9, Oct. 2007.

EL-GHERIANI, A.; EHRMANTROUT, Z.P.; OERSTELE, L.J. et al. Medicaid expenditures for orthodontic services. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, v.132, n.6, p.728 -738, dec. 2007.

FERNANDES, L. M.; ESPLAND, L.; STENVIK, A. The provision and outcome of orthodontic services in a Norwegian community: a longitudinal cohort study. *Community Dent Oral Epidemiol*, n.27, p.228-34,1999.

FRANCHI, L.; BACCETTI, T. McNAMARA, J.A. Postpuberal assessment of treatment timing for maxillary expansion and protraction therapy followed by fixed appliances. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, v.26, n.5, p.555- 567, Nov. 2004.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P.C. Orthodontic treatment need may be associated with unfavorable socioeconomic conditions. *J Evid Based Dent Pract*, n.7, p.141-3, Sep. 2007.

FREEMAN, C.S.; McNAMARA, J.A.;BACCETTI, T. et al. Treatment effects of bionator and high-pull facebow combination followed by fixed appliances in patients with increased vertical dimensions. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, v.131, n.2, p.184-195, Feb. 2007.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Disponível em: [www.fjp.gov.br](http://www.fjp.gov.br). Acesso em 28 de julho de 2008.

GRABER, T. M. *Ortodontia Princípios e Técnicas Atuais*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996, 896p.

HEBLING, S.R.; PEREIRA, A. C.; HEBLING, E.; et al. *Considerações para elaboração de um protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva*. *Ciência e Saúde Coletiva*. V.12, n.4, p.1067-1078, abr, 2007.

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.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008a). Diretoria de Pesquisas e Contas Nacionais. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidades/xtras/temas.php> Acesso em 10 de maio de 2008.

\_\_\_\_\_,(2008b) Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Disponível em: [www.ibge.gov.br/home/estatística/população/trabalhoerendimento/pnad2007/default](http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/trabalhoerendimento/pnad2007/default). Acesso em: 18 de junho de 2008.

ISHIGAMI, R. T. in: *Simpósio Ortodontia no SUS*. XVI Congresso Brasileiro de Ortodontia, realizado entre 9 e 11 de outubro em São Paulo, 2008.

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

JENNY, J.; CONS N.C. Comparing and contrasting two indeces, the Index of Orthodontic Treatment Need and the Dental Aesthetic Index. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, v.110, n.4, p.410-6, apr.1996.

KING, G.; HALL, T.; MILGROM, P. Early orthodontic treatment as a mean to increase access for children enrolled in Medicaid in Washington state. *J Am Dental Assoc* v.137, n.1, p.86-94, jan. 2006.

KORNIS, G.E.M.; FORTUNA, R.F. P.; MAIA, L.S. A Produção Científica em Saúde Bucal Coletiva: Uma análise da experiência brasileira de 1990 a 2006. *Série: Estudos em Saúde Coletiva*, n.222, p.05-13, nov. 2006.

LINDER-ARONSON, S. Orthodontics in the Swedish Public Dental Health Service. *Eur J Orthod*, n.29, p.124-7, 2007.

LOPES-MONTEIRO, S.; NOJIMA, M. G; NOJIMA, L.I. Ortodontia Preventiva X Ortodontia Interceptativa: Indicações e Limitações. *J. Bras. Ortodon. Ortop. Facial*. V.7, n.47, p. 390-397, ago. 2003.

MAAS, W.R. Access to care - what can the Unites States learn from other countries? *Community Dent Oral Epidemiol*, n.34, p.232-40, 2006.

MACIEL, S. M. *A promoção da equidade na triagem de usuários da clínica ortodôntica da UFJF: Elementos para uma política pública renovada de saúde bucal*. Dissertação de Mestrado. IMS. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

\_\_\_\_\_; KORNIS, G.E.M. 2006a. A equidade com a inclusão da assistência ortodôntica nas políticas públicas de saúde bucal: sugestões para reflexão e debate. *Série: Estudos em Saúde Coletiva*, n.219, p.05-17, maio, 2006.

\_\_\_\_\_, S.M.; KORNIS, G.E.M. 2006b A ortodontia nas políticas públicas de saúde bucal: um exemplo de equidade na Universidade Federal de Juiz de Fora. *Physis, Revista de saúde Coletiva*. V.16, n.1, p.59-83, jan/jul, 2006.

MAIA, L.S. *Política nacional de Saúde Bucal: uma análise da atenção à saúde bucal no estado do Rio de Janeiro frente aos incentivos federais*. Dissertação de Mestrado. IMS. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. *Programa Saúde em Casa. Atenção em Saúde Bucal*. 1. Ed. 286p. Belo Horizonte, 2006.

MIRABELLI, J.T.; HUANG, G.J.; SIU, C.H. et al. Phase I interceptive orthodontic treatment reduces the severity of malocclusion. *J Evid Based Dent Pract*, n.4, p.178-9, Jun. 2006.

MONTAIGNE (1592). Dos Livros, In: *Ensaio*. Tradução: Sérgio Milliet. São Paulo, 1972, p.196.

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

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 ortodontia. *Ortodoncia*, v. 87, n.44, p. 30-3, 1980.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P.; RONCALLI, A.G. et al. Cárie dentária no Brasil, declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v.19, n.6, p.385-93, jun. 2006.

NSW HEALTH DEPARTMENT. *Orthodontic care in Public Dental Clinics*. Policy Directive, n. PD2005\_101, jan. 2005.

OLIVEIRA, C.M.; SHEIHAM, A. Orthodontic treatment and its impact on oral health-related quality of life in brazilian adolescents. *J. Orthod*; v.32, p.20-7, May 2004.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Metas a serem alcançadas pelos programas de Saúde Bucal para 2020. Página eletrônica disponível em [www.oms.org](http://www.oms.org).

PEREIRA, A.C. *Odontologia em Saúde Coletiva*. 1. ed. São Paulo: Artmed Editora. 2004, 440p.

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.; PIETILÄ I.;PIRTINIEMI, P. et al. Extent and provision of orthodontic services for children and adolescents in Finland. *European J. Orthod.*, v. 10, n. 3, p. 1-6, Out. 2007.

PIETILA, I.; PIETILA, T.; PIRTTINIEMI, P. Orthodontists' views on indications for and timing of orthodontic treatment in finnish public oral health care. *Eur J Orthod*, n.3, v.1, p. 46-51, Feb. 2008.

PINTO.V.G. *Saúde bucal coletiva*. 4.ed. São Paulo: Santos, 2000. 540 p.

PINTO, E.M.; GONDIM, P.P.C.; LIMA, N.S. Análise crítica dos diversos métodos de avaliação e registro das más oclusões. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*, Maringá, v.13, n.1, p.82-91, jan./fev. 2008.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Índice de Desenvolvimento Humano. Disponível em:www.pnud.org.br/idh/. Acesso em 28 de maio de 2008.

PROFFIT, W. The timing for treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, v.129, n.4. p.47-49, Supl 1, Apr. 2006.

PROFFIT, W. R. *Ortodontia Contemporânea*. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 595p.

PUCCA Jr, G, A. A Política Nacional de Saúde Bucal como demanda social. *Ciência e Saúde Coletiv*, v.11, n1, p.243-246, Jan, 2006.

RAMOS, C.R. História da ortodontia no Brasil, in: PETRELLI, E. *Ortodontia Contemporânea*. São Paulo: Sarvier,1988, p.1-4.

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.

RONCALLI, A.G. Epidemiologia e saúde Bucal Coletiva: um caminhar compartilhado. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.105-14, 2006.

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.

SADOWSKY, P.L. Craniofacial growth and the timing of treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, v.113, n.1, p.20-2, jan.1998.

SCHWARZ, E. Access to oral health care - an Australian perspective. *Community Dent Oral Epidemiol*, n.34, p.225-31, 2006.

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.

\_\_\_\_\_ RICHMOND, S.; KENEALLY, P. et al A 20 - year cohort study of health gain from orthodontic treatment; Psychological outcome. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, v.132, n.2, p.146-57, Aug. 2007.

SHEIHAM, A. A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: PINTO, V.G. *Saúde bucal Coletiva*. 4 ed. São Paulo: Santos, 2000, p.223-250.

SHEIHAM, A.; BÖNECKER, M. *Promovendo Saúde Bucal na infância e Adolescência: conhecimentos e práticas*. São Paulo: Santos, 2004,195p.

SILVA, R. F.; MONINI, A.C.; JÚNIOR, E.D. et al. Utilização de auxiliares odontológicos em Ortodontia – implicações éticas e legais. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*, Maringá, v.11, n.5, p.121-8, set./out. 2006.

SKIDMORE, K.J.;BROOK, K.J.; THOMSOM, W.M. et al. Factors influencing treatment time in orthodontic patients. *Am.J Orthod. Dentofac. Orthop*, v.129, n. 2, p.230-238. Feb.2006.

SULIANO, A.A.; RODRIGUES, M.J. CALDAS JÚNIOR, A.F. et al. Prevalência de malocclusão e sua associação com alterações funcionais do sistema estomatognático entre escolares. *Cad. de Saúde Pública*, v.23, n.8, p.1913-1923.Ago, 2007.

THEIS, J.E.; HUANG, G.J. KING, G.J. et al. Eligibility for publicly funded orthodontic treatment determined by the handicapping labiolingual deviation index. *Am. J Orthod. Dentofac. Orthop*, v.128, n. 6, p.708-715. Jun. 2005.

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.

TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e sua aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes, 2003.685p.

TURPIN, D. The long-awaited Cochrane review of 2-phase treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, Editorial, v.132, n.10, p.423-424, Oct. 2007.

UNIVALI. Elaboração de Trabalhos Acadêmico-científicos. *Cadernos de Ensino*. Itajaí. Ano 2, n.4, jun,2003.

VAKIPARTA, M.K.;KEROSUO, H.M.; NYSTROM, M.E. et al.Orthodontic treatment need from eight to 12 years of age in early treatment oriented public health care system: a prospective study. *Angle Orthod*, v.75, n.2, p.322-327, Feb, 2005.

VIAZIS, A D. Efficient orthodontic treatment timing. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, Editorial, v.108, n.5, p.559-61, may 1995.

VILLELA, O.V. *A História da Ortodontia no Brasil*. São Paulo: Pedro Primeiro, 1995.138p.

VOLPATO, L.E.; SCATENA, J.H. Análise da política de saúde bucal do município de Cuiabá, estado do Mato Grosso, Brasil, a partir do banco de dados do sistema de Informações

Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SAI-SUS). *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.15, n.2, p. 47-55, abr./jun. 2006.

WHEELER, T.; Mc GORAY, S.; DOLCE, C. et al. The timing of Class II treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, v.129, n.4, Supl 1,p.66-70, Apr. 2006.

WILLIAMS, A. How to write and analyse a questionnaire. *J Orthod*, v.30, n.9, p.245-52, Sep. 2003.

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 2008.



## Anexo 1

[Anterior](#) | [Próxima](#) | [Voltar às mensagens](#)

Apagar

Responder ▼

Encaminhar ▼

Spam

Transferir ▼

Mensagem não sinalizada. [ [Sinalizar](#) - [Marcar como não lida](#) ][Imprimir](#)**Assunto:** Ortodontia CEO**Data:** Tue, 15 Apr 2008 15:15:52 -0300**De:** "Andréia Gimenez Nonato" <Andreia.Nonato@saude.gov.br>**Para:** murtamaciell@yahoo.com.br

Prezado,

Informamos que não temos disponíveis estas informações solicitadas, já que a Ortodontia não é uma das especialidades obrigatórias dos CEO e o SUS não paga por estes procedimentos, exceto para pacientes fissurados e para estabelecimentos habilitados pela Portaria Nº. 62 de 19 de abril de 1994. Qualquer município que esteja ofertando estes tratamentos nos CEO está financiando com recursos próprios.

Atenciosamente,

**Andréia Gimenez Nonato****CNSB/DAB/SAS/MS**

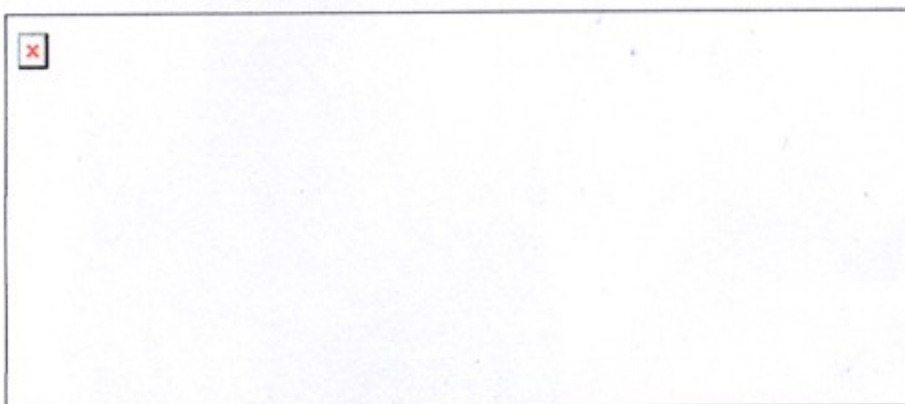
☎ Telefone: (61) 3315.2728

☎ Fax: (61) 3315.2583

End.: Esplanada dos Ministérios Bl. G

Ed. Sede, Sala 650

CEP: 70.058-900 Brasília/DF



Apagar

Responder ▼

Encaminhar ▼

Spam

Transferir ▼

[Anterior](#) | [Próxima](#) | [Voltar às mensagens](#)[Salvar texto da mensagem](#) | [Cabeçalhos](#)

## Anexo 2

[Anterior](#) | [Próxima](#) | [Voltar às mensagens](#)

Mensagem não sinalizada. [ [Sinalizar - Marcar como não lida](#) ] [Imprimir](#)

**De:** "Saúde Bucal" <saudebucal@saude.sp.gov.br>  [Adicionar endereço](#)

**Para:** "Sérgio Murta Maciel" <murtamaciel@yahoo.com.br>

**Assunto:** Re: Ortodontia no SUS II

**Data:** Mon, 23 Jul 2007 11:44:30 -0300

DR. SÉRGIO, BOA TARDE  
 NÃO TENHO AS INFORMAÇÕES QUE VOCÊ ME PEDE, NAQUELE  
 ENDEREÇO VOCÊ CONSEGUE OS ENDEREÇOS DOS CEOS E  
 DAÍ VOCÊ LIGA PARA ELES E PEGA A INFORMAÇÃO EM QUAL TEM  
 ORTODONTIA.  
 ATENCIOSAMENTE,  
 TANIA TURA

----- Original Message -----

**From:** [Sérgio Murta Maciel](#)

**To:** [Saúde Bucal](#)

**Sent:** Friday, July 20, 2007 10:17 AM

**Subject:** Ortodontia no SUS II

Cara Dra. Tânia,  
 Obrigado por responder ao meu e mail.  
 Infelizmente não consegui as informações que precisava naquela página.  
 Mas gostaria de te pedir o endereço ,telefone e/ou o e mail de CEOs do  
 estado de São Paulo que ofereçam serviços de Ortodontia. Assim  
 poderei entrar em contato diretamente com esses estabelecimentos para  
 coletar as informações que preciso.  
 Meus sinceros agradecimentos,  
 Atenciosamente,  
 Sérgio Murta

**Saúde Bucal** <saudebucal@saude.sp.gov.br> escreveu:

Caro Dr. Sérgio Murta Maciel,boa tarde  
 Sugiro que consulte para obter as informações necessárias o  
 site seguinte:  
[http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Nome.asp?VTipo=0](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome.asp?VTipo=0)  
 Pesquise na razão social/nome como ceo,obterá o endereço do  
 país todo,em cada nome de estabelecimento que  
 clicar ,aparecerá as informações complementares.  
 Atenciosamente,  
 Tânia Regina Tura Mendonça -Coordenadora da Área Técnica

**Anexo 3**

Tópicos balizadores da coleta de dados referentes às ações de Ortodontia nos CEOs e demais EPSB.

Centro de saúde

---

Município \_\_\_\_\_

Coordenador ou Gerente responsável pelo fornecimento dos dados:

---

1- Os profissionais que realizam o tratamento ortodôntico são ortodontistas?

Qual o número de ortodontistas envolvidos nesta atenção?

---

2-Que tipo de tratamento ortodôntico é realizado na unidade?

- Preventivo e Interceptativo.
- Preventivo, Interceptativo e Curativo.

3- Qual o tipo de aparatologia é utilizada no tratamento ortodôntico oferecido neste estabelecimento:

- Ortopédico (Removível)
- Ortodôntica Fixa convencional.
- Ortodôntico e Ortopédico.

4-Quem confecciona os aparelhos ortodônticos removíveis e fixos ortopédicos?

- Laboratórios de prótese localizados no próprio centro de saúde.
- Laboratórios terceirizados .
- O próprio dentista.
- Laboratório Regional de Prótese Dentária.

5- Qual a faixa etária atendida dos pacientes ortodônticos atendidos?

- Dentição mista até 9 anos.
- Dentição mista até 12 anos.
- Dentição permanente até 15 anos.
- Adultos

Todas as idades.

6- Qual o número aproximado, por mês, de pacientes que recebem tratamento ortodôntico contínuo (manutenção)?

---

7- Quais os critérios utilizados para a triagem de pacientes para o tratamento ortodôntico?

Baseado na necessidade clínica de tratamento.

Baseado em critérios clínicos e psicossociais de necessidade de tratamento.

baseado em outros critérios.

8- Para o tratamento ortodôntico é utilizado algum protocolo de atendimento clínico?

Sim

Não

9- Como é definida a confecção de modelos ortodônticos assim como a tomada de radiografias para o tratamento ortodôntico?

---

---

---

No caso de o estabelecimento ser um CEO:

10- O financiamento das ações de Ortodontia estão dentro do incentivo mensal recebido pelo CEO para sua manutenção?

Sim

Não

Caso a resposta seja negativa, ou no caso de o estabelecimento não ser um CEO, explicitar a fonte da complementação financeira.

---

11- Há um LRPD anexo à esta Unidade de Saúde?

Sim

Não

12 - Como se dá o acesso da clientela aos serviços ortodônticos neste estabelecimento?

Referência e contra- referência da rede pública.

( ) A unidade é uma porta de entrada, ou seja, atende por demanda espontânea.

( ) Outro. Especificar\_\_\_\_\_

13-É do conhecimento dos profissionais deste estabelecimento algum protocolo do Ministério da Saúde referente ao atendimento ortodôntico em níveis públicos?

( ) Sim

( ) Não

14-Como é feita a informação ao SIA/SUS dos procedimentos ortodônticos realizados neste CEO?

---

---

---

---

15- Como está organizada a Atenção Básica à Saúde em seu município?

---

---

---

---

16- Na Opinião de Vossa Senhoria, qual é o grande problema presente em seu estabelecimento, referente ao tratamento ortodôntico?

---

---

---