



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Faccioli Hebling, Sandra Regina; Pereira, Antonio Carlos; Hebling, Eduardo; de Castro Meneghim, Marcelo

Considerações para elaboração de protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 12, núm. 4, julho-agosto, 2007, pp. 1067-1078

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012425>

- ▶ How to cite
- ▶ Complete issue
- ▶ More information about this article
- ▶ Journal's homepage in redalyc.org

Considerações para elaboração de protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva

Remarks on drawing up
a community health orthodontic assistance protocol

Sandra Regina Faccioli Hebling¹
Antonio Carlos Pereira²
Eduardo Hebling²
Marcelo de Castro Meneghim²

Abstract *This study offers help for drawing up a community health orthodontic assistance protocol, especially for the public health system. A preventive and interceptive orthodontic program is suggested through the inclusion of approaches in existing healthcare programs that may help prevent malocclusions, extending the services offered by Basic Healthcare Units to include fitting space retainer appliances and interceptive procedures. Possible occlusion problems are discussed and rated as high or low priority for treatment, stressing occlusal deviations that should not be treated precociously. Preventive and interceptive orthodontic treatment should primarily be offered to children with deciduous and mixed dentition. The management and inclusion of orthodontic procedures can be deployed through the management of physical, human and financial resources, establishing access criteria for these services. The use of an appropriate orthodontic assistance protocol and correct planning of orthodontic actions could pave the way for preventive and interceptive procedures at the Basic Healthcare Units, while more resources could be allocated to setting up Specialty Reference Centers offering more complex corrective orthodontic procedures.*

Key words *Public health dentistry, Orthodontics, Malocclusion, Deciduous and mixed dentition, Protocol*

Resumo *O objetivo desse estudo foi elaborar um protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva. Um programa de prevenção e interceptação ortodôntica foi sugerido, com a inclusão de atitudes que visem à prevenção das oclusopatias em programas de saúde já existentes e a ampliação da oferta de serviços nas UBSs, abrangendo a instalação de mantenedores de espaço e procedimentos interceptores. Os possíveis problemas oclusais a serem abordados no programa interceptor foram discutidos e classificados em prioridades primária e secundária de atendimento, enfatizando os desvios oclusais que não deveriam ser tratados precocemente. A idade sugerida para abordagem seria a correspondente à da dentição decidua e início da dentição mista. A organização e inclusão de procedimentos ortodônticos são possíveis de ser aplicadas com o gerenciamento dos recursos físicos, humanos e financeiros e o estabelecimento de critérios para acesso aos serviços. A utilização de protocolo de assistência e o correto planejamento das ações ortodônticas podem possibilitar a realização de ações preventivas e interceptoras nas próprias UBSs, enquanto maiores recursos possam ser alocados para a criação de Centros de Referência de Especialidades, com a possível implantação de procedimentos em Ortodontia Corretiva.*

Palavras-chave *Saúde coletiva, Ortodontia, Má oclusão, Dentição decidua e mista, Protocolo*

¹ Universidade Estadual de Campinas, Unicamp. Rua Tessália Vieira Camargo 126, Cidade Universitária Zeferino Vaz. 13083-970. Campinas SP. apereira@fob.unicamp.br

² Departamento de Odontologia, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Unicamp.

Introdução

O conceito ampliado de saúde, definido no artigo 196 da Constituição Federal, norteia a mudança progressiva dos serviços, evoluindo de um modelo assistencial centrado na doença para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, em conjunto com as propriamente ditas de recuperação.

Durante as últimas décadas, tem ocorrido uma demanda crescente por tratamento ortodôntico, a qual pode ser atribuída a uma série de razões, tais como a melhora geral na saúde bucal em reflexo ao declínio da cárie dentária, maior consciência e expectativa com relação à saúde bucal e, finalmente, uma maior disponibilidade de tratamento odontológico¹. Algumas áreas de abrangência dentro do setor odontológico público do Sistema Único de Saúde (SUS) apresentam perfil epidemiológico semelhante ao panorama citado, onde as doenças cárie e periodontais encontram-se controladas ou com baixa prevalência, apresentando condições de ampliar a oferta de seus serviços, podendo estender a atenção para as anomalias oclusais.

Baseados nas diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS² e na revisão de literatura, o objetivo desse estudo foi fornecer subsídios para a elaboração de um protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva, especialmente em saúde pública, apresentando uma proposta de sistematização dos procedimentos preventivos e interceptores para correção da má oclusão dentária e dento-alveolar.

Desenvolvimento

Protocolo pode ser definido como conjunto de regras, padrões e especificações técnicas que regulam os atos públicos. A aplicação de protocolos de trabalho para o serviço público deve facilitar o gerenciamento das ações e respeitar os princípios de universalidade e equidade propostos pelo SUS.

A literatura contemporânea relata pesquisas, opiniões e experiências clínicas relacionadas ao tratamento precoce das más oclusões e tem divulgado as vantagens e desvantagens da abordagem preventiva e interceptora. As pretensões do tratamento precoce parecem claras, incluindo a eliminação dos fatores etiológicos da má oclusão e a prevenção da progressão das desarmonias

dentárias, esqueléticas e funcionais. Obtendo-se um ambiente dentofacial mais favorável, guiando a irrupção dentária para posições normais nos arcos e reduzindo as discrepâncias esqueléticas por meio de redirecionamento do crescimento facial, pode-se minimizar ou até mesmo eliminar a necessidade de tratamentos complexos durante a dentição permanente^{3,4,5,6,7,8,9,10,11}. O conjunto de procedimentos ortodônticos preventivos e interceptores propostos de serem adotados e implantados no paciente receberá o nome de “programa”, e para que sejam executados de maneira eficiente, há necessidade de organizar protocolos estabelecendo os objetivos a serem atingidos¹².

Programa ortodôntico preventivo

Na Odontologia moderna, para a execução de um programa ortodôntico preventivo, a atitude preventiva deve estar presente em todas as atividades. Muitas vezes, pequenas intervenções podem minimizar o desenvolvimento de problemas oclusais que, no decorrer do tempo, se transformariam em grandes desvios, acarretando sérias dificuldades de tratamento, sobretudo sob o ponto de vista técnico ou social¹².

A preservação e obtenção da normalidade na oclusão bucal seriam conseguidas com a implantação de medidas preventivas básicas, aplicando programas de educação para a saúde, com a inclusão de orientações para eliminação de hábitos e posturas incorretos, dentre outros procedimentos^{12,13,14,15,16,17,18,19,20}. A abordagem desse programa deveria ser multiprofissional, com os cirurgiões-dentistas e sua equipe atuando em conjunto com outros profissionais da saúde, tais como médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas, entre outros, avaliando o paciente como um todo.

No Quadro 1, foram listadas as propostas de abordagens, os respectivos tratamentos e profissionais envolvidos para o desenvolvimento do programa ortodôntico preventivo.

Um programa preventivo, quando bem aplicado e orientado, mesmo executado com soluções ortodônticas muito simples, pode reduzir consideravelmente o percentual de más oclusões, o que o torna bastante acessível à população. Quanto mais precoce for a abordagem, menos complexa será a situação e menores serão as chances de ser necessário o tratamento corretivo na fase de dentição permanente¹². Porém, para o sucesso deste, é importante o preparo técnico e a

Quadro 1. Programa ortodôntico preventivo.

Abordagem	Tratamento	Profissionais envolvidos
Aleitamento materno	Orientações no pré-natal, com preparação do mamilo e do psicológico da gestante.	Enfermeiras e equipe de apoio
	Ao nascimento, ainda na maternidade, com orientações e apoio às primeiras mamadas do bebê.	Enfermeiras e equipe de apoio
	Detecção e controle de possíveis intercorrências que impeçam ou dificultem o aleitamento, nos primeiros dias após o nascimento, já nas residências.	Agentes de saúde, enfermeiras, médicos
Habitos de sucção e possíveis hábitos secundários	Na impossibilidade do aleitamento materno, orientações, preferencialmente, no uso de acessórios de administração do aleitamento (copos, colheres, etc.), na escolha de bicos de sucção, no seu uso e a melhor época de eliminação desses hábitos.	CD, ACD, THD, enfermeiras, agentes de saúde
	Aconselhamento da eliminação de hábitos de sucção e possíveis hábitos secundários que possam estar presentes, sem uso de aparatologia indicada.	CD, ACD, THD, psicólogos, enfermeiras, agentes de saúde
Transmissibilidade de cárie	Orientações e conscientização.	CD, ACD, THD, enfermeiras, agentes de saúde
Educação para a saúde bucal e geral	Orientações e conscientização.	CD, ACD, THD, enfermeiras, agentes de saúde
Controle de risco para cárie	Orientações da higiene bucal, controle do biofilme bacteriano e ingestão de flúor nas suas diversas formas.	CD, ACD, THD, enfermeiras, agentes de saúde
Respiração mista com predominância bucal	Restabelecimento da ventilação das vias aéreas superiores.	Médicos pediatras e otorrinolaringologistas, fonoaudiólogo
Odontologia conservadora da dentição decídua	Correta manutenção da distância mesiodistal e da dimensão vertical na dentição decídua.	CD
Manutenção do espaço	Uso de aparatologia, quando indicada, na perda precoce de dentes decíduos.	CD

ACD: Auxiliar de consultório dentário; CD: Cirurgião-dentista; THD: Técnico em higiene dentária.

calibração dos profissionais envolvidos no processo, de maneira que estes tenham condições de aplicar, de forma eficiente, o manejo necessário nas atitudes preventivas.

O programa ortodôntico preventivo poderia abranger a população em geral.

Esse programa seria direcionado para as gestantes, os pais e cuidadores das crianças, implan-

tando ações educativas e preventivas. O programa sugerido poderia ser incorporado por outros programas de saúde preexistentes no sistema, incluindo ações no pré-natal, nos programas voltados para as mulheres e crianças, estimulando e viabilizando a participação da Odontologia e outras áreas afins, com a finalidade de esclarecer os benefícios do aleitamento materno, cuidados com a higiene bucal do bebê, a importância da dentição decidua, orientações sobre uso da chupeta, mamadeira, na melhor época da remoção dos mesmos e dos hábitos secundários e orientações sobre o uso de açúcar no preparo dos alimentos, além do atendimento odontológico das crianças com dentição decidua e, se necessário, o uso de mantenedores de espaço, quando indicado na perda precoce dos dentes deciduos, realizadas na própria UBS.

Em continuidade a esse programa, para as crianças com dentição mista, seria sugerido o uso de atividades interceptoras por meio de determinação de prioridades de atendimento, da idade de abordagem e da documentação ortodôntica necessária, devido à necessidade de delimitar a aplicação das ações pelas deficiências existentes atualmente no SUS para cobrir o total da demanda.

Programa ortodôntico interceptor

Ortodontia Interceptora corresponde às intervenções ortodônticas com aparelhos intrabucais que tenham por objetivo corrigir possíveis anomalias ortodônticas já instaladas no final da dentição decidua e na dentição mista. As pretensões do tratamento precoce incluem a eliminação dos fatores etiológicos da má oclusão e a prevenção da progressão das desarmonias dentárias, esqueléticas e funcionais¹².

Precisamos estar cientes das vantagens e desvantagens do tratamento precoce das más oclusões. A grande vantagem do tratamento precoce, entre outras, está embasada na minimização ou até mesmo na eliminação da necessidade de tratamentos complexos durante a dentição permanente com a obtenção de um ambiente dentofacial mais favorável, aproveitando o crescimento nos pacientes jovens para favorecer a correção das deformidades dento-alveolares. Na dentição permanente, as pequenas ou ausentes quantidades de crescimento residuais limitam as opções de tratamento²¹.

Já como maior desvantagem ao tratamento precoce, podemos citar a dificuldade em prever o rumo do processo de crescimento e desenvolvi-

mento craniofacial, exigindo do profissional o conhecimento sobre o crescimento e desenvolvimento da face e da dentição, assim como da pluralidade de eventos, genéticos e ambientais, os quais interferem em todo este processo. Desta forma, a dúvida quanto ao rumo do desenvolvimento craniofacial, assim com a carência de conhecimentos, podem inibir o profissional de intervir precocemente²¹.

Estas intervenções seriam realizadas em um período de curto a médio prazo, seis a doze meses, respectivamente^{12,22}, com ressalva para as extrações seriadas, as quais são normalmente realizadas em tempo superior a doze meses²².

Além do tempo cronológico do início ao término do tratamento, é importante computar o número de horas despedidas pelo cirurgião-dentista para o tratamento²³. Os procedimentos interceptores apresentam aparelhos de simples aplicabilidade, exigindo um tempo operacional reduzido dispensado ao paciente para o tratamento em relação à terapia fixa.

As duas maneiras de abordar o tempo devem ser levadas em consideração, principalmente ao se tratar de saúde pública, visto que a agilidade para o atendimento e o período não muito extenso para que os resultados planejados sejam obtidos possibilitarão uma maior abrangência em número de pacientes a terem acesso aos serviços.

Determinação de prioridades de atendimento

A dúvida sobre quem deve receber o tratamento deve ser analisada sob dois aspectos. O primeiro deles refere-se ao processo organizacional do sistema de saúde, onde os princípios do SUS devem ser respeitados à semelhança de outros atendimentos oferecidos pelo sistema. O segundo e mais complexo diz respeito às quais oclusopatias seriam tratadas e qual a idade de escolha dos pacientes que deverão receber os serviços oferecidos.

A Constituição de 1988 estabelece o direito à saúde como um dever do Estado aplicado de forma a permitir o acesso universal (para todos) e equânime (com justa igualdade) a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (atendimento integral), reduzindo os riscos e agravos à saúde^{24,25}.

Porém, tem-se consciência que os serviços ainda não estão aptos a oferecer o atendimento a todos²⁵. Faz-se necessário estabelecer regras ou critérios de inclusão para que, durante o processo de triagem, os organizadores tenham ques-

tos na filtragem e selecionem quem deverá receber o tratamento. Parecem bastante coerentes e justos os seguintes quesitos:

1. Enquadramento geográfico: o paciente deve pertencer à área ou microárea de abrangência onde o serviço está sendo oferecido na UBS, sendo usuário a mais de seis meses da atenção básica. Desta forma, pretende-se selecionar os pacientes que realmente pertençam àquela unidade e não sejam migratórios.

2. Assiduidade: os pacientes devem ser assíduos ao sistema. A unidade básica, tendo acesso às informações sobre o paciente, tem condições de selecionar aqueles com "perfil" para o tratamento a ser oferecido, onde critérios como freqüências às consultas agendadas, autocuidados, responsabilidade e comprometimento com o trabalho oferecido serão analisados a fim de garantir a aderência ao tratamento.

3. Condições de saúde bucal: o paciente deve estar livre de cáries, ser de baixo risco para as mesmas ou estar com a atividade da doença controlada, sem problemas periodontais e outras doenças que inviabilizem o tratamento ortodôntico.

4. Possuir boa higienização bucal: o paciente deve ser portador de uma boa higiene bucal comprovada, por meio de índices de biofilme dentário (placa), em avaliações periódicas realizadas em tratamentos anteriores.

5. Baixa condição econômica: o paciente deve possuir baixo poder aquisitivo, sendo diagnosticado por meio de questionário socioeconômico. À medida que o serviço possa ser expandido, este poderá ser oferecido a um número maior de moradores da microárea.

Os recursos destinados aos programas odontológicos provavelmente nunca serão suficientes para atender as ilimitadas demandas por procedimentos ortodônticos. No entanto, há necessidade de se assegurar que tais procedimentos sejam fornecidos principalmente àqueles pacientes que possam ser mais beneficiados com o tratamento ortodôntico²⁶.

Determinação da idade para atendimento

Ampliando a idéia de quem deverá receber o atendimento para a correção dos problemas ortodônticos nos serviços de saúde, questionamentos devem ser levantados como: quais oclusopatias requerem tratamento ortodôntico? Quais são os fatores etiológicos? Qual a prevalência dessa condição em crianças, adolescentes e adultos? O

que acontecerá se nenhuma intervenção for realizada para mudar ou tratar esse problema, ou seja, ela se auto-corrige com o desenvolvimento da oclusão? Qual a efetividade desses tratamentos?²⁷

A literatura nos apresenta uma série de sugestões, onde idéias dos mais variados autores e filosofias de tratamento são confrontadas. Com todas as discussões em pauta, parece estar sendo unânime a viabilidade da aplicação do tratamento ortodôntico preventivo e interceptor^{12,18,21,28,29}, diminuindo a severidade das más oclusões futuras, antes que os problemas instalados na dentição mista sejam perpetuados para a dentição permanente, onde a solução seria mais complexa ao sistema, exigindo maiores recursos e qualificação profissional dos envolvidos para a sua resolução²⁶.

Em relação à idade selecionada para o tratamento, pode-se propor que inicialmente sejam atendidas crianças na dentição decidua e início da dentição mista, principalmente enquanto estiverem irrompendo os molares, os incisivos superiores e inferiores permanentes, antes que se inicie a erupção de pré-molares e caninos permanentes. A idade sugerida, embora relembrar o modelo incremental do passado, está embasada no princípio de correção das oclusopatias instaladas que não sofrerão autocorreção com a maturação da oclusão. Se essas não forem tratadas adequadamente, poderão se agravar, necessitando de intervenções mais sofisticadas, podendo evoluir de desvios da normalidade com comprometimento apenas dentário ou dento-alveolar, para estágios mais graves, com comprometimentos esqueléticos. Portanto, as intervenções realizadas neste período do desenvolvimento criaram condições para que o restante do desenvolvimento oclusal acontecesse o mais próximo da normalidade, eliminando os fatores locais ou ambientais que o impediam ou dificultassem.

Assim, métodos de intervenção devem ser analisados e implantados o mais precocemente possível, com o intuito de aumentar a proporção da população com a oclusão normal e, de outro lado, reduzir o percentual de oclusopatias moderadas e severas para níveis suportáveis economicamente e aceitáveis socialmente²⁶.

Determinação de prioridades de tratamento

A triagem das oclusopatias abordadas poderia ser realizada de maneira simples, com o auxílio

das classificações propostas, combinada com a inspeção regular dos dentes²⁹.

Contudo, devemos observar quais oclusopatias seriam classificadas como prioritárias e deveriam ser abordadas e as suas possíveis opções de tratamento; as presentes, porém não prioritárias, que poderiam ser tratadas com suas possíveis opções terapêuticas^{21,29}, desde que o serviço consiga absorver a demanda e tenha profissionais qualificados para a sua execução; e aquelas em que os tratamentos precoces não são necessários ou apropriados por se tratarem de irregularidades temporárias para a dentição²¹. Norteando as atitudes dos profissionais diante de irregularidades desenvolvidas durante o final da dentição decidua e início da dentição mista, foram listados, no Quadro 2, as prioridades de tratamento de acordo com o diagnóstico ortodôntico.

Determinação da documentação ortodôntica

O êxito do programa ortodôntico estabelecido está condicionado a um esquema de documentação do caso para a sua boa aplicação, pois embora as intervenções sejam executadas, em curto ou médio prazo, exigem um acompanhamento imprescindível para o seu bom êxito¹².

Para o programa ortodôntico preventivo, sómente faz-se necessária a documentação do Tipo I nas intervenções ortodônticas envolvendo a manutenção do espaço após a perda precoce de dentes deciduos. Para o programa interceptor, sugerimos quatro tipos de documentações básicas, com sua composição descritas no Quadro 3. Os exames radiográficos devem ser acompanhados do laudo do radiologista responsável.

Quadro 2. Prioridades de tratamento de acordo com o diagnóstico ortodôntico.

Prioridade	Diagnóstico	Tratamento
Primária Devem ser tratadas	Perda precoce de dentes deciduos Erupção de dente supranumerário Agenesia Dentes deciduos retidos Erupção atrasada de dentes Impacção de primeiro molar Primeiro molar permanente com cárie (sem possibilidade de tratamento) Hábitos bucais Mordida aberta anterior Mordida cruzada posterior dentária Mordida cruzada anterior dento-alveolar (incisivos superiores retroinclinados e/ou os incisivos inferiores inclinados para vestibular, com padrão basal de Classe I)	Manutenção e recuperação de espaço Extração Investigação e controle Extração ou controle Investigação Investigação e controle Extração Controle dos mesmos e de suas seqüelas Intervir Intervir Intervir
Secundária Podem ser tratadas	Discrepância dente-osso negativa Mordida cruzada posterior esquelética Classe II esquelética, com relação dentária completa de classe II, associado a desequilíbrios funcionais Falsa Classe III, com os incisivos em relação de topo em RC, e deslizamento para a relação dentária de Classe III em MIH. Classe III com deficiência maxilar	Extrações seriadas Intervir Intervir Intervir Intervir
Inexistente Não devem ser tratadas	Fase do “Patinho Feio” Classe III com prognatismo mandibular Classe II com severa deficiência mandibular Classe I com biprotrusão	Não intervir, com raras exceções Intervenção deve ser postergada Intervenção deve ser postergada Intervenção deve ser postergada

Quadro 3. Composição das documentações ortodônticas.

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

As documentações seriam solicitadas no momento da admissão e ingresso do paciente pelo serviço, de acordo com os procedimentos detectados no momento da triagem (Quadro 4). Para os procedimentos de prioridade primária, as mesmas podem ser do Tipo I ou do Tipo II, de acordo com o diagnóstico ortodôntico, e nos procedimentos de prioridade secundária seriam utilizadas as documentações do Tipo III ou do Tipo IV.

As documentações seriam arquivadas pelo sistema durante o decorrer do tratamento e devolvidas ao paciente após a sua finalização, sendo entregues mediante assinatura de termo de recebimento pelo pai ou responsável que deverá ser anexado ao prontuário odontológico. Sabemos das dificuldades de organizar o arquivamento das documentações no transcorrer do tratamento; porém, faz-se necessário que as mesmas permaneçam em poder do sistema não só para a boa condução do caso, mas também para apoio jurídico no caso de alguma intercorrência.

No caso de alguma recidiva e necessidade de retratamento ortodôntico, o paciente só reingressaria ao sistema se a documentação já realizada e que se encontrava em seu poder fosse novamen-

te anexada ao prontuário. No caso da necessidade de algum outro tratamento ortodôntico, com problemas a serem resolvidos diferentes daquele anterior, quando necessário, uma nova documentação seria solicitada.

Sugerimos que as documentações sejam terceirizadas, realizadas em centro de radiologia especializado, a serem credenciados pelo sistema, através de parcerias. Estes centros deveriam seguir os critérios para a realização da documentação ortodôntica estabelecidos pela comunidade internacional e serem capazes de absorver a demanda, com as documentações entregue na UBS ou Centro de Referência em tempo inferior a trinta dias. O custo seria definido após licitação local, de maneira que os mesmos possam ser absorvidos pelo sistema.

Capacitação profissional

Segundo o Relatório Final da 3^a Conferência Nacional de Saúde Bucal, o Brasil contava, no início de 2004, com 161 cursos de graduação em Odontologia, na sua maioria de propriedade particular e concentrados nas regiões mais desenvolvi-

Quadro 4. Documentação ortodôntica de acordo com a prioridade e o diagnóstico ortodôntico.

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

das do país. Esse fato faz com que, na última década, houvesse um alto incremento no número de profissionais habilitados para o exercício profissional. Porém, não se dispõe de estudos criteriosos avaliando o que este aumento tem significado na modificação do quadro de morbidade bucal dos brasileiros e para o acesso aos serviços odontológicos³⁰. Os cirurgiões-dentistas, egressos das diversas faculdades do país, se de um lado são bem preparados para o exercício de uma Odontologia de alto nível, por outro lado, trazem consigo pouco treinamento no exercício de atividades ortodônticas¹². Embora a lei 5.081, de 24 de agosto de 1966, permita aos cirurgiões-dentistas praticarem todos os atos pertinentes à Odontologia, decorrentes de conhecimentos adquiridos em cursos regulares, o que se observa é que somente cursos de especialização e de pós-graduação têm suprido estas necessidades.

As alterações diagnosticadas como prioridades das primárias têm como justificativas de tratamento uma vasta literatura de apoio, e poderiam ser tratadas por cirurgiões-dentistas clínicos gerais. As más oclusões que classificamos como prioridade secundária não são menos importantes de serem tratadas; apenas aconselhamos que sejam tratadas por profissionais com capacita-

ção técnica para conduzirem os procedimentos sugeridos, podendo ser estes conduzidos nas próprias UBS, desde que exista mão-de-obra disponível para tal, ou encaminhadas aos centros de referências para Ortodontia. Portanto, as prioridades secundárias deveriam ser tratadas por especialistas em Ortodontia e Ortopedia Facial ou em Ortopedia Funcional dos Maxilares, e/ou por cirurgiões-dentistas capacitados em cursos de aperfeiçoamento nessas especialidades, com carga horária suficiente para a obtenção dos conhecimentos pertinentes ao atendimento.

Gestão operacional

De acordo com os recursos humanos e financeiros disponíveis, para facilitar o processo operacional, as prioridades secundárias poderiam ser deixadas para um segundo momento, após a implementação de tratamento e controle das prioridades primárias, permitindo a organização do atendimento e evitando o risco de oferecer um serviço altamente especializado de maneira incorreta. O sistema precisa estar organizado de modo a manter o controle total dos pacientes que receberiam estes serviços (acesso, agendamento, re-

chamada, arquivo de prontuários e modelos, etc.), sem que haja danos ou prejuízos ao paciente.

Entretanto, a implementação de tratamentos para as prioridades secundárias também se justifica por outros motivos que podem influenciar no planejamento dos serviços. A discrepancia dente-osso negativa pode gerar apinhamento dentário que dificulta o controle do biofilme bacteriano, aumentando a predisposição para a ocorrência de cárie dentária e de doenças periodontais. Na Classe II esquelética, a projeção dos incisivos superiores decorrentes dessa anomalia predispõe às fraturas, traumas e avulsões dentárias em acidentes e quedas. A abordagem precoce, neste caso, diminui a protrusão dentária, podendo reduzir a vulnerabilidade dos incisivos superiores aos possíveis acidentes, que necessitam de tratamento com custo oneroso ao sistema. Além disso, essas oclusopatias de prioridade secundária envolvem comprometimento da estética facial. A solução das mesmas traria, com o tratamento precoce, benefícios psicológicos, contribuindo para a auto-imagem da criança em desenvolvimento²¹.

Deve ficar bastante claro que, em alguns casos, tratamentos precoces não são necessários ou apropriados, sendo considerados como prioridades inexistentes. O bom senso profissional deve excluir casos em que a Ortodontia preventiva e interceptora apenas aumentaria o tempo e o custo do tratamento, desgastando o paciente, em troca de um benefício mínimo²¹, sendo que a intervenção precoce está contra-indicada quando não existir segurança de que os resultados serão mantidos, quando um melhor resultado pode ser conseguido com menor esforço em uma outra época ou quando a imaturidade da criança torna o tratamento impraticável³¹.

O responsável pela implantação de procedimentos na rede básica deve definir quais intervenções a UBS estaria apta a fornecer aos seus usuários, seguindo o protocolo como um todo ou apenas parte deste, dependendo das condições locais presentes.

Discussão

A expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou no setor odontológico o crescimento da oferta de serviços de atenção básica. No SUS, o atendimento odontológico especializado corresponde a aproximadamente 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. É evidente que a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção se-

cundária e terciária acaba por comprometer, em consequência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas regionais de saúde³⁰.

Considerando a complexidade dos problemas que demandam à rede de atenção básica e a necessidade de buscarem-se, continuamente, formas de ampliar a oferta e qualidade dos serviços prestados, recomendam-se a organização e desenvolvimento de ações de inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica. Deve-se considerar a possibilidade de, em cada local, inserir procedimentos que contribuam para aumentar o vínculo, ampliar a credibilidade e o reconhecimento do valor da existência do serviço público odontológico, aumentando o impacto e a cobertura³⁰.

Para que sejam planejadas diretrizes para a saúde pública e implantadas novas áreas de abrangência, é fundamental analisar grupos de indivíduos, tanto na questão dos recursos humanos a serem utilizados quanto para desenvolver ações de intervenção. É importante também que se efetuem investigações para aumentar os conhecimentos sobre as doenças, permitindo que se avalie e monitore os resultados dos programas iniciados. A epidemiologia auxilia a responder perguntas específicas e a solucionar problemas definidos.

A OMS recomenda às autoridades sanitárias a realização de levantamentos epidemiológicos das principais doenças bucais nas idades de 5, 12 e 15 anos e nas faixas etárias de 35-44 e 65-74 anos, com periodicidade entre cinco e dez anos³². O conhecimento da situação de saúde bucal de diferentes grupos populacionais por meio de levantamentos epidemiológicos é fundamental para o desenvolvimento de propostas de ações adequadas às suas necessidades e riscos, bem como para a possibilidade de comparações que permitam avaliar o impacto dessas ações. Conhecendo a situação epidemiológica, é possível planejar e executar com equidade os serviços, superando o atendimento indiscriminado por livre demanda ou demanda viciada²⁶.

A escolha para iniciar o tratamento as oclusopatias no final da dentição decidua e início da mista está fundamentada nas discussões em torno da minimização dos problemas oclusais e na gravidade que poderá acometer a dentição permanente, caso esta anomalia instalada não seja interceptada precocemente.

A inexistência da oferta dos serviços de atenção secundária e terciária, onde profissionais

mais qualificados para o tratamento com terapias ortodônticas mais complexas estejam aptos, tanto técnica quanto financeiramente para as intervenções necessárias, torna a implantação de procedimentos interceptores na atenção básica uma possibilidade de reduzir os problemas ortodônticos instalados na faixa etária proposta, os quais ao atingirem a dentição permanente terão uma redução das oclusopatias com necessidade de intervenções com terapia fixa. Mesmo depois de interceptadas, aquelas oclusopatias que ainda necessitarem de tratamento com terapia fixa serão menos graves e complexas para a resolução, o que reduzirá a demanda dos níveis secundários e terciários de atenção².

Os Centros de Referência de Especialidades Odontológicas capacitados para o referido tratamento ainda precisam ser criados pelos municípios, os quais poderão receber verbas do Ministério da Saúde para sua implantação². Enquanto esta proposta não for viabilizada, alguns locoregionais de saúde podem ter condições de ampliar o conceito de atenção básica e o consequente aumento da oferta de diversidade de procedimentos. Para a implantação, devem ser analisadas as disponibilidades de pessoal para execução, qualificação técnica da mão-de-obra disponível, os serviços laboratoriais disponíveis a serem utilizados e a sua capacidade de absorver a confecção dos aparelhos a serem encaminhados, assegurando assim a plena utilização da rede de serviços disponíveis. À semelhança da contratação dos serviços de radiologia, os serviços laboratoriais protéticos também poderiam ser efetivados por terceirização, realizados por meio de licitação e de credenciamento.

Com a expansão do conceito de atenção básica e os consequentes aumentos da oferta de diversidade de procedimentos, fazem necessários, também, investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção. A partir da instalação e comprovação da capacidade do serviço instalado, propõe-se o desenvolvimento de políticas de suprimento de instrumentos e material de consumo e de conservação, manutenção e reposição dos equipamentos odontológicos, de modo a garantir condições adequadas de trabalho e ampliação dos serviços. É indispensável, neste aspecto, observar estritamente as normas e padrões estabelecidos pelo sistema nacional de vigilância sanitária².

Em um primeiro momento, sugere-se que cada instituição elabore o seu protocolo de assistência, de acordo com os recursos humanos já disponíveis dentro da UBS e, com a estrutura-

ração e solidificação dos atendimentos ao público, recursos sejam destinados à capacitação da mão-de-obra presente ou novos profissionais que se enquadrem nas exigências sejam contratados, podendo garantir eficiência dos tratamentos propostos.

A capacitação profissional é fundamental para a implantação de um programa de assistência ortodôntica. Portanto, há vários conhecimentos que necessitam ser revistos, relembrados e aprofundados, para que se possa por em prática um programa de atendimento ortodôntico¹². As universidades deveriam rever os seus currículos de capacitação ortodôntica, buscando uma aproximação com a realidade social e epidemiológica, garantindo aos seus alunos acesso aos conhecimentos de desenvolvimento de ações educativas e preventivas em Ortodontia, com o objetivo de que estes possam orientar as ações em prol da qualidade de vida e saúde bucal da população.

Essa capacitação do cirurgião-dentista e das equipes multiprofissionais, inseridos no sistema, poderia ser obtida com a ampliação e implantação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, conforme sugerido no Relatório Final da 3^a Conferência Nacional de Saúde Bucal, indo ao encontro das necessidades de saúde da população e aos princípios e diretrizes do SUS, permitindo a formação de equipes de saúde bucal, conforme a realidade municipal, de forma multidisciplinar e intersetorial. A equipe multidisciplinar envolveria várias as áreas de saúde bucal (CD, THD, ACD, TPD, APD), fonoaudiólogos, nutricionistas e agentes de saúde, em conjunto com a Pastoral da Criança, professores e movimentos populares em saúde. O programa de assistência ortodôntica sugerido se propõe a incentivar e consolidar a intersetorialidade e interdisciplinaridade entre órgãos formadores de ensino e na rede do SUS³⁰.

A crescente aplicação dos conceitos de prevenção em Odontologia nas últimas décadas nos leva a vislumbrar um país com possibilidades de suprir as necessidades de saúde bucal da população, proporcionando, em médio prazo, uma atenção odontológica correta em todos os níveis de assistência. Em outras palavras, a Odontologia está apta, técnica e cientificamente, a cumprir o seu papel e, se não o faz, é por uma questão de atitude profissional e governamental¹⁸.

Outro ponto a ser considerado é a documentação ortodôntica. As do Tipo I e II, que envolvem a maior parte dos procedimentos interceptores, embora ainda que necessárias, apresentam uma proporção reduzida em comparação àquelas utilizadas em outras necessidades ortodônti-

cas. A solicitação da documentação ortodôntica proposta se aplica na idade sugerida. Se a abordagem ortodôntica for expandida para outras idades, estas solicitações podem ser diferentes.

Os ortodontistas diferem em suas opiniões acerca da indicação no uso de aparatologia fixa ou removível no serviço público. Os aparelhos fixos utilizados nos tratamentos interceptores são assim chamados devido a sua forma de retenção e não são os mesmos utilizados na ortodontia corretiva. São dispositivos de tecnologia simples, de baixo custo e com menores dificuldades no controle. A indicação e a padronização de uso, optando por fixo ou removível, irão depender do nível de complexidade de cada caso e da capacitação técnica dos profissionais envolvidos no serviço. Apenas poderemos afirmar com segurança a melhor escolha quando os mesmos passarem a ser utilizados e os levantamentos epidemiológicos, com posterior publicação, nos permitam apontar argumentos claros da melhor escolha para o Sistema Único de Saúde (SUS).

A abordagem de tratamento das más oclusões de forma preventiva, aplicada desde o alei-

tamento materno e dentição decidua, e de forma interceptora com a instalação de aparelhos simples, de baixo custo e alta resolutividade no final da dentição decidua e mista é passível de ser aplicada no serviço público, beneficiando uma legião de crianças brasileiras que jamais teriam acesso ao tratamento de suas oclusopatias se não forem atendidas pelo sistema. Conscientes da eficácia e benefícios que os tratamentos ortodônticos proporcionam, a implantação dos mesmos parece bastante viável aos programas de saúde bucal coletiva.

Conclusão

Conclui-se que a utilização de protocolos de assistência e o correto planejamento das ações ortodônticas tornam possível a realização de ações preventivas e interceptoras nas próprias UBS, enquanto maiores recursos possam ser alocados para os Centros de Referência de Especialidades Odontológicas, com a possível implantação de procedimentos em Ortodontia Corretiva.

Agradecimentos

Os autores agradecem à Dra. Tatiana Borgia Barbosa Sanchez, que contribuiu para a realização da pesquisa, somando as idéias filosóficas a serem propostas, o seu conhecimento e aplicabilidade dos mesmos.

Colaboradores

SRF Hebling e AC Pereira participaram de todas as fases do estudo, concepção teórica e elaboração do manuscrito; E Hebling e MC Meneghim participaram da revisão final e revisão bibliográfica.

Referências

1. Oliveira CM. Maloclusão no contexto da saúde pública. In: Böneker M, Sheiham A, organizadores. *Promovendo saúde bucal na infância e adolescência: conhecimentos e práticas*. São Paulo: Livraria e Editora Santos; 2004. p.55-80.
2. Ministério da Saúde. *Diretrizes da política nacional de saúde bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Lang R. Orthodontic treatment timing. What? When? Who? [editorial]. *Oral Health* 1989; 79(9):7-9.
4. Joondeph DR. Early orthodontic treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1993; 104(2):199-200.
5. Arvystas MG. The rationale for early orthodontic treatment [editorial]. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1998; 113(1):15-8.
6. Dugoni, SA. Comprehensive mixed dentition treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1998; 113(1):75-84.

7. Sadowsky PL. Craniofacial growth and the timing of treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1998; 113(1):19-23.
8. Silva Filho OG, Okada H, Aiello CA. Ortodontia interceptiva: correção precoce de irregularidades na região ântero-superior. *Ortodontia* 1998; 31(2):113-21.
9. Tung AW, Kiyak HA. Psychological influences on the timing of orthodontic treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1998; 113(1):29-39.
10. White L. Early orthodontic intervention. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1998; 113(1):24-8.
11. Yang EY, Kiyak A. Orthodontic treatment timing: a survey of orthodontists. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1998; 113(1):96-103.
12. Araújo MGM. *Ortodontia para clínicos: programa pré-ortodôntico*. 4^a ed. São Paulo: Livraria e Editora Santos; 1988. p.21-6.
13. McDonald RE, Avery DR. Diagnóstico e correção de pequenas irregularidades na dentição em desenvolvimento. In: McDonald RE, Avery DR, organizadores. *Odontopediatria*. 4^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1983. p.493-96.
14. Varella CB. *A arte de amamentar seu filho*, 3^a ed. Petrópolis: Editora Vozes/Cidade Nova Editora; 1984.
15. Martins Filho J. *Como e porque amamentar*. 2^a ed. São Paulo: Sávier Editora; 1987.
16. Varrela J. Occurrence of malocclusion in attritive environment: a study of a skull sample from southwest Finland. *Scand J Dent Res* 1990; 98(3):242-7.
17. Almeida RR, Santos SCBN, Santos ECA, Insabralde CMB, Almeida MR. Mordida aberta anterior – considerações e apresentação de um caso clínico. *Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial* 1998; 3(2):17-29.
18. Moura WVB, Maia FA, Maia NG. Avaliação do *Modus Operandi* dos procedimentos ortodônticos interceptores das més-oclusões na dentadura mista. *Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial* 1998; 3(6):53-60.
19. Bortolotti R, Ribeiro ATB, Barros MGL, Spinassé KG. Mantenedores de espaço em ortodontia preventiva e interceptiva. *Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial* 1999; 4(5):25-33.
20. Bastos JRM, Peres SHCS, Ramires I. Educação para a saúde. In: AC Pereira, organizador. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. 1^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 117-39.
21. Almeida RR, Garib DG, Henriques JFC, Almeida MR, Almeida RR. Ortodontia preventiva e interceptora: mito ou realidade? *Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial* 1999; 4(6):87-108.
22. Maia FA. *Cefalometria para o clínico geral e o odontopediatra*. São Paulo: Ed. Santos; 1988.
23. Moyers RE, Riolo ML. Tratamento precoce. In: Moyers RE, organizador. *Ortodontia*. 4^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991. p. 292-368.
24. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS* 96. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
25. Maciel SM. *A promoção da equidade na triagem de usuários da clínica ortodôntica da UFJF: elementos para uma política pública e renovadora de saúde bucal* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social; 2003.
26. Cunha ACPP. *Avaliação da capacidade dos índices DAI e IOTN em estabelecer a necessidade de tratamento ortodôntico* [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde de Natal; 2002.
27. McLain JB, Profitt WR. Oral health status in the United States: prevalence in malocclusion. *J Dent Educ* 1985; 49(6):386-396.
28. Maia FA, Galvão NM. Ortodontia preventiva: programa de odontologia preventiva do C.A.I. *O Dentista* 1984. p.2.
29. Al Nimri K, Richardson A. Interceptive orthodontics in the real world of community dentistry. *Int J Paediatr Dent* 2000; 10(2):99-108.
30. Ministério da Saúde. Relatório Final: 3^a Conferência Nacional de Saúde Bucal. *Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
31. Moyers RE. Planejamento do tratamento ortodôntico. In: Moyers RE, organizador. *Ortodontia*. 4^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991. p. 281-291.
32. Organização Mundial da Saúde. *Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal: Manual de Instruções*. 3^a ed. São Paulo: Editora Santos; 1991.

Artigo apresentado em 23/09/2005

Aprovado em 21/09/2006

Versão final apresentada em 24/10/2006