

ACESSO À ESPECIALIDADE DE ORTODONTIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Flavio Andre Fialho¹

Weldnon Alves Cunha Oliveira²

Recebido em: 02.06.2024

Aprovado em: 10.07.2024

Resumo: Este estudo examinou a integração da Ortodontia no SUS brasileiro, destacando sua importância na promoção da saúde bucal e no bem-estar geral dos pacientes. A Ortodontia emerge como uma especialidade fundamental, não apenas estética, mas também devido às suas implicações na saúde pública, dada sua prevalência e impacto na qualidade de vida. Apesar dos avanços representados pela PNSB e pela criação dos CEO, desafios no acesso ao tratamento ortodôntico público ainda são persistentes. A inclusão desses procedimentos nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde, certificado pelo Ministério da Saúde, foi um passo importante. No entanto, é crucial avaliar, continuamente, a eficiência desses serviços e buscar por melhorias. Além disso, é essencial reconhecer que o acesso ao tratamento ortodôntico não se limita à saúde bucal, mas tem implicações mais amplas no bem-estar geral da população, refletindo, inclusive, na percepção da autoestima individual e da apresentação deste perante à sociedade. Portanto, a manutenção das atividades de pesquisa, colaboração entre gestores e profissionais de saúde e a implementação de estratégias eficazes são fundamentais para promover a equidade no acesso aos cuidados ortodônticos (e demais especialidade odontológicas), a fim de avançar em direção a uma sociedade mais equânime, igualitária e, conseqüentemente, saudável.

¹Graduando de Odontologia Famig

²Graduando de Odontologia Famig

Palavras-chave: Acesso; Atenção Básica; Centros de Especialidades Odontológicas; Maloclusão.

Abstract: This study examined the integration of Orthodontics into the Brazilian SUS, emphasizing its significance in promoting oral health and the overall well-being of patients. Orthodontics emerges as a vital specialty, not solely for aesthetic reasons but also due to its implications for public health, given its prevalence and impact on quality of life. Despite the advancements represented by PNSB and the establishment of CEO, challenges persist in accessing public orthodontic treatment. The inclusion of these procedures in the secondary and tertiary levels of healthcare, endorsed by the Ministério da Saúde, marks an important step. However, continual evaluation of the efficiency of these services and the pursuit of enhancements are crucial. Furthermore, it is essential to recognize that access to orthodontic treatment extends beyond oral health, encompassing broader implications for the general well-being of the population, including individual self-esteem and societal presentation. Therefore, sustaining research activities, fostering collaboration among administrators and healthcare professionals, and implementing effective strategies are fundamental to promoting equity in access to orthodontic care (and other dental specialties), thereby advancing towards a more equitable, egalitarian, and consequently, healthier society.

Keywords: ameloblastoma; keratocyst; myxoma; radiography; cone beam computed tomography.

1 INTRODUÇÃO

A Ortodontia, como pioneira entre as especialidades odontológicas, desempenha um papel vital na promoção da saúde bucal e na correção das maloclusões dentárias, que afetam não apenas a estética, mas também a funcionalidade e a saúde geral dos pacientes. Com seus princípios fundamentais de diagnóstico, prevenção e tratamento, a Ortodontia tem sido uma aliada crucial na melhoria da qualidade de vida de milhões de pessoas ao redor do mundo. No contexto brasileiro, onde o acesso à saúde é garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), surge a necessidade de examinar como a Ortodontia é integrada e oferecida dentro desse sistema, especialmente considerando sua importância para a saúde bucal e sua relação com a qualidade de vida.

O SUS, fundamentado nos princípios da equidade, integralidade e universalidade, representa um marco significativo na democratização do acesso aos cuidados de saúde no Brasil. No entanto, apesar dos avanços alcançados, há desafios persistentes em relação à oferta de serviços odontológicos especializados, incluindo tratamentos ortodônticos. A implementação de políticas e programas específicos, como a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), evidencia o compromisso do SUS em garantir serviços odontológicos abrangentes e de qualidade para toda a população.

Diante desse contexto, este estudo propõe uma análise detalhada da oferta do tratamento ortodôntico para os usuários do SUS no Brasil. Ao examinar as políticas, diretrizes e práticas existentes, bem como os desafios enfrentados na implementação desses serviços, busca-se compreender como a Ortodontia é incorporada ao sistema público de saúde e como isso impacta a saúde bucal e o bem-estar dos pacientes.

2 A ORTODONTIA E SUA IMPORTÂNCIA NA SAÚDE BUCAL

A ortodontia é uma especialidade da odontologia que se preocupa com a supervisão, a orientação e a correção das estruturas dentofaciais em crescimento ou já desenvolvidas. Inclui todas as condições que exijam o movimento dos dentes para a correção das anomalias de posição e das malformações das estruturas que lhes estão relacionadas, bem como da adaptação das relações de posição e de dimensão entre os dentes e os ossos faciais através da aplicação de forças e/ou pela estimulação e redirecionamento de forças funcionais dentro do complexo craniofacial (LOPES et al., 2011). Caso esses dentes não estejam posicionados de maneira esperada e não sejam realizados ajustes de maneira adequada, a saúde bucal pode ser comprometida ou dificultada quando a arcada dentária não possui uma oclusão satisfatória (CHIBA, 2021).

A maloclusão é considerada um problema de saúde pública, visto que essa condição possui um crescimento expressivo em sua prevalência e interfere na qualidade de vida dos indivíduos afetados, apesar de haver a possibilidade de tratamento (MARQUES et al., 2005).

A maloclusão acomete, negativamente, a saúde do paciente podendo lhe causar a alteração do crescimento das bases ósseas, gerando assimetrias faciais, prejuízos nas funções mastigatórias, entre eles desgastes dentários acentuados, posicionamento incorreto dos dentes e arcos dentários, dificuldades mastigatórias, dores miofasciais, deformidades das estruturas estomatognáticas, disfunção temporomandibular, desordens fonéticas e respiratórias (PERROTA, 2020). Além dessas alterações morfofisiológicas, a maloclusão é uma patologia que se reflete em diversos graus e funções do aparelho estomatognático, bem como na aparência e na autoestima dos indivíduos acometidos (MANSUR, 2015). Em nível individual, pode trazer graves deficiências funcionais e estéticas, às quais interferem na qualidade de vida, prejudicando a interação social e o bem-estar psicológico dos indivíduos acometidos (BORGES; PERES; PERES, 2010). Além disso, acarreta em prejuízos à sociedade com aumento dos gastos por meio de tratamentos odontológicos e/ou interdisciplinares.

As causas das maloclusões não são específicas, uma vez que sua etiologia é decorrente de componentes multifatoriais. Dentre as causas mais comuns da maloclusão destacam-se: cárie dentária, perda precoce ou retenção prolongada de dentes decíduos, doença periodontal, histórico de traumatismo na região da face, perda de dentes permanentes e

padrão respiratório buconasal. Hábitos deletérios, como sucção de dedo ou chupeta (especialmente observado no intervalo etário infanto-juvenil), são descritos na literatura, como um dos principais fatores etiológicos das maloclusões (MARTINS et al., 2019).

Uma parcela da população que sofre com a maloclusão são os adolescentes e jovens que passam por uma transformação biopsicossocial durante esse período ontogênico. A adolescência é um período que culmina parte do processo da maturação do indivíduo perante a sociedade (MOKSNES; ESPNES; LILLEFJELL, 2012). Muitas nuances, que moldam o desenvolvimento físico e psíquico do indivíduo, existem durante a adolescência, podendo produzir efeitos na interação social e diminuição na qualidade de vida (VOELKER et al., 2015). A aparência física, como uma dessas influências, é um importante fator na interação social (GAVRIC et al. 2015). A estética facial considerada parte integrante da aparência física, pode afetar a forma como as pessoas são percebidas pela sociedade e como elas percebem a si mesmas (VOELKER et al., 2015).

O SUS está em constante mudança para melhor adequação ao nosso modelo de Atenção Básica (AB) à saúde, sendo necessário a produção de novos conhecimentos que se adequam às necessidades de uma comunidade, promovendo então uma transformação a nível social, cultural e comportamental. Dessa forma, o dentista que atua em serviços públicos de saúde tem enfrentado novos desafios nesse cenário, onde o desencontro entre a formação do profissional de saúde e a necessidade do serviço realizado se torna um dilema, havendo a necessidade de se priorizar o indicativo epidemiológico da saúde bucal e disponibilizar para a população o acesso à promoção da saúde oral impulsionada pelas práticas de intervenção (BRAGIATO-JUNIOR et al., 2018).

No Brasil, dados do último levantamento nacional de saúde bucal apontaram uma alta prevalência de maloclusões em adolescentes, com uma magnitude em torno de 35% (BRASIL, 2020). A adolescência é um período de transição crucial, marcado por mudanças físicas e emocionais, incluindo o desenvolvimento da dentição permanente e a consolidação das estruturas faciais. A atenção à saúde bucal nessa fase da vida é de extrema importância, visto que o tratamento ortodôntico pode prevenir problemas futuros, melhorar a autoestima e a qualidade de vida dos adolescentes quando, por exemplo, estes buscam os centros de especialidades odontológicas ou as unidades básicas de saúde para tratamentos especializados.

3 SUS E ODONTOLOGIA

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) a saúde é definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Na década de 80, com a redemocratização e a organização popular, por meio de novos contextos públicos, foi necessário ampliar as demandas sobre o Estado, desencadeando um forte movimento social pela universalização do acesso e reconhecimento da saúde como direito universal. Foi a Constituição de 1988 que conferiu à saúde o status de direito social, próprio à condição de cidadão, cabendo ao poder público garanti-lo (ROHR; BARCELLOS, 2008).

O fortalecimento desse Movimento de Reforma Sanitária conquistou a incorporação desses princípios ao Texto Constitucional de 1988, bem como a determinação da responsabilidade do estado na provisão das ações e serviços necessários à garantia desse direito, como determina o art.196 da Constituição Brasileira:

[...] A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2002a).

Para assegurar esse direito, a Constituição de 1988 criou o SUS, um sistema público descentralizado e integrado pelas três esferas de governo, regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde, nº 8.080/90 e nº 8.142/9010 (BRASIL, 2003).

A concepção do SUS, portanto, está vinculada à ideia de que todas as pessoas têm direito à saúde. Pauta-se no conceito de seguridade social e admite-se uma sociedade orientada na igualdade e na equidade, sem discriminação ou privilégios (PAIM, 2016). Programas e políticas públicas de saúde como o Programa Saúde da Família (PSF), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a PNSB têm sido formulados no sentido de aproximarem os serviços públicos de saúde aos princípios e diretrizes do SUS (DAMASCENO; CRUZ, DE BARROS, 2021).

Como parte integral da saúde geral do indivíduo, a implantação e implementação da Odontologia no SUS tem sido um desafio ao longo dos anos (ROHR; BARCELLOS, 2008). A legislação em saúde pública preconiza que o acesso a serviços de saúde deve ser garantido a todos os níveis de complexidade, sejam esses de critério médico,

sanitário, epidemiológico, ambiental e/ou odontológico. A ampliação da cobertura dos serviços de atenção à saúde, para além da demanda espontânea e baseada na realidade local, deve, conseqüentemente, considerar intrinsecamente os princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e também os organizativos (descentralização, regionalização e hierarquização); entretanto, ainda se mostra irreal para a população brasileira (RONCALLI, 2000; ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003). Para ROHR & BARCELLOS (2008) grande parte da população permanece, portanto, sem acesso aos serviços odontológicos, já que, no Brasil, a assistência odontológica pública limita-se, quase sempre, aos serviços considerados básicos, que mesmo com grande demanda ainda é restrita.

Os serviços públicos odontológicos têm como objetivos primordiais reduzir os efeitos das desigualdades sociais em relação à saúde bucal. Nas últimas décadas, a condição social tem sido enfatizada como um importante determinante da saúde bucal, uma vez que possui impacto direto ou indireto na saúde e na perspectiva do indivíduo, em qualquer faixa etária, ao buscar pelo serviço odontológico na atenção primária (SILVA et al., 2007). A resolução para a alta prevalência desses impactos é dar acesso a tratamentos abrangentes aos indivíduos com alta prevalência de necessidades clínicas e percebidas (MIOTTO; LOUREIRO, 2003).

A descentralização do SUS, na dimensão política, foi considerada como condição necessária para melhorar além do acesso, ao considerar também a qualidade, a sustentação, a equidade, a participação e a resposta social no campo da saúde (ROHR; BARCELLOS, 2008). Todavia, as patologias bucais, na maioria das vezes, não causam ameaça à vida, sendo compostos, em geral, de alguns episódios agudos e prontamente tratáveis. Dessa forma, seus impactos no bem-estar podem não ser óbvios e, muitas vezes, minimizados pelo contexto de outras condições crônicas consideradas mais sérias (REISINE, 1988; MIOTTO; BARCELLOS; VELTEN, 2012).

O atendimento odontológico pelo SUS é, sabidamente pelos usuários, um serviço gratuito, contudo assegurar que o mesmo não traz custos para o paciente é irreal. Os gastos com transporte e alimentação, tempo de deslocamento e turnos de trabalho perdidos configuram-se como barreiras que influenciam o resultado final do tratamento de problemas bucais e da qualidade de vida dos usuários (ROHR; BARCELLOS, 2008). Embora o SUS possua como cerne principal conceder à população mais necessitada

financeira e socialmente a ter a garantia de tratamento de saúde, seja ele de origem odontológica ou outra, a cobertura de serviços odontológicos pelo setor público é elementar na maior parte dos estabelecimentos, contudo os procedimentos cobertos são os de menor complexidade (ANDRADE et al., 2020).

Os serviços públicos em odontologia no Brasil apresentam-se centrados, quase, exclusivamente, em ações primárias com uma elevada demanda limitada. De acordo com as Diretrizes da PNSB, a assistência odontológica pública no Brasil tem se restringido quase que somente aos serviços básicos. Até seu lançamento, os dados mais recentes indicavam que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondiam a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos existentes (HEBLING, 2007).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde e é responsável por resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população. Dentro da PNSB, as ações desse nível de atenção são realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB) que atuam em Unidades Básicas de Saúde/Unidades de Saúde da Família/ Postos de Saúde e/ou Unidades Odontológicas Móveis (UOM) por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde de forma gratuita e voltada para cidadãos de todas as idades (BRASIL, 2024a). A APS é caracterizada por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde no intuito da garantia da qualidade de vida (BRASIL, 2006). Sendo demonstrada na literatura como elemento-chave, a APS possui capacidade de influenciar os indicadores, visto que carrega grande potencial regulador da utilização de recursos tecnológicos de alta densidade tecnológica, garantindo o acesso universal aos serviços que tragam reais benefícios à população (BRASIL, 2007a). Atualmente, a APS conta com uma equipe multidisciplinar, denominada Equipe Saúde da Família, que atua em territórios delimitados para a garantia de uma assistência consistente e fidedigna de um determinado grupo populacional pré-estabelecido.

De forma geral, a APS expressa o entendimento de uma atenção ambulatorial não especializada, sendo ofertada em unidades básicas de saúde de um sistema público característico da atenção primária à assistência à saúde definida por um conjunto

diversificado de atividades clínicas de baixa densidade e complexidade tecnológica, contemplando serviços e ações de saúde coletiva (LAVRAS, 2011).

O PSF, atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantado em 1994. As equipes de Saúde da Família buscam uma nova prática assistencial que seja integral na atenção às necessidades em saúde (BRASIL, 2002b), visando à resolução da maioria dos problemas e necessidades dos indivíduos, famílias e comunidade de um território definido, conforme descrito pela OMS. Esse serviço, que é porta de entrada do sistema de saúde, deveria ser capaz de resolver pelo menos 80% dos problemas (MADUREIRA; DE CAPITANI; CAMPOS, 1989) , ou até 85% da necessidades, realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção (STARFIELD, 2000) baseados pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social de cada indivíduo de uma área adscrita (DA SILVA; MORAES, 2022).

A ESF, por sua vez, visa o aumento da qualificação e consolidação da AB frente às necessidades das populações, uma vez que favorece uma reorientação do processo de trabalho, ampliando a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, deixando de focar o olhar ao curativismo e doença, propiciando, assim, uma importante relação custo-benefício (BRASIL, 2018). A inserção da Odontologia na ESF foi consolidada em 28 de dezembro de 2000, após a publicação da Portaria n.º 1.444, pelo Ministério da Saúde, e com um incentivo financeiro para a reorganização da atenção à Saúde Bucal, implantando assim as equipes de Saúde Bucal na ESF (KUHNNEN; BURATTO; SILVA, 2013; MARTINS et al., 2014). A implantação das ESB na ESF pode ser considerada como uma das linhas de ação do programa Brasil Sorridente (BS) (GOMES, et.al 2019).

Em 2004, como marco teórico da saúde bucal brasileira, surge, então, a PNSB cujo principal objetivo é ampliar e garantir atenção odontológica a toda a população brasileira. Para isso, busca-se o desenvolvimento de práticas pautadas na vigilância em saúde por meio de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, organizadas em todos os níveis de atenção, concretizando o princípio da integralidade (NEVES; GIORDANI; HUGO, 2019).

Uma das principais características dessa política é a ênfase em ações intersetoriais e interministeriais. No ano de 2004, foi criado pelo governo federal o BS reconhecendo um importante papel de indução do crescimento da oferta de serviços de saúde bucal nos municípios e estados, com financiamentos específicos para a elaboração de novas ESB (cirurgião-dentista + técnico de saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal), para melhor assistência odontológica básica e com foco em especialidades dependendo das necessidades e demandas de maneira individualizada, dentre outras ações, que fizeram do BS uma das maiores políticas públicas de saúde bucal do mundo (CAYETANO et al., 2019).

4 ATENDIMENTO SECUNDÁRIO EM ODONTOLOGIA

Em países como o Brasil, o acesso à atenção odontológica apresenta uma imensa disparidade e há controvérsias se o investimento em serviço especializado é a solução adequada, uma vez que a maior parte da redução dos principais agravos bucais (cárie dentária e doença periodontal) está no acesso à atenção primária (acesso ao flúor e disseminação das práticas de higiene oral) e melhoria nos indicadores sociais (escolaridade, ocupação e renda), e não, necessariamente, na assistência odontológica propriamente dita (CHAVES et al., 2011).

Em países cujos modelos de atenção à saúde bucal são mais desenvolvidos e estruturados já demonstram preocupação em estudar a utilização e a organização dos serviços, principalmente, em relação aos níveis de atenção, seja ela, primária, secundária e/ou terciária, bem como entre suas interfaces (MAGALHÃES et al., 2012). Entretanto, a Atenção Secundária em saúde bucal no Brasil ainda é um assunto pouco pesquisado e discutido, sendo as pesquisas nessa área ainda insuficientes (SALIBA et al., 2013).

Dessa forma, fez-se necessária a criação de unidades de referência que possibilitam apoio direto para a AB, chamadas de CEO, que devem atender à demanda de procedimentos especializados e contrarreferenciar esses pacientes para as Unidades Básicas de Saúde, a fim de concluírem os tratamentos (SALIBA et al., 2013). De acordo com SOUSA et al. (2024), a implementação dos CEO torna-se uma estratégia de extrema relevância, uma vez que permite a integralidade da atenção na área odontológica brasileira e na assistência à saúde bucal da população.

A Política de Saúde Bucal no Brasil, juntamente ao Programa BS, atualmente em destaque no país, tem ampliado a oferta de ações especializadas em Odontologia. No entanto, uma parcela considerável da população brasileira possui um acesso escasso às ações e serviços odontológicos que podem estar relacionados tanto aos procedimentos odontológicos propriamente ditos, quanto às dificuldades encontradas pelos usuários de acessarem os CEO para a realização do tratamento adequado (DE OLIVEIRA SANTOS; PEREIRA, 2020).

Os CEO são os serviços que atendem as demandas de média complexidade integrantes da rede de atenção à saúde bucal instituídos no ano de 2004, a partir da implantação da PNSB, com seus critérios, normas e requisitos de implantação definidos no ano de 2006 e atualizados em 2009 (FLORÊNCIO et al., 2022). Para PUCCA JÚNIOR (2006), os CEO funcionam como uma assistência odontológica de média complexidade – no nível secundário de atenção - criado para ampliar o acesso da população aos serviços especializados, objetivando manter a continuidade do tratamento iniciado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município. Deste modo, os profissionais da AB são responsáveis pelo primeiro contato com usuários, realização de diferentes ações de saúde e procedimentos clínicos e devem encaminhar aos centros especializados apenas casos mais complexos.

Vale ressaltar que, o atendimento no CEO é realizado de forma programada, uma vez que ocorre a necessidade de referência concedida pelo cirurgião-dentista da UBS, pois este é o responsável pela avaliação da complexidade do caso (SOUSA et al; 2024). Os CEO são classificados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade responsáveis pela assistência pública de média complexidade (SALIBA et al, 2010).

Os CEO devem funcionar 40 horas semanais e oferecer serviços para que a resolubilidade prevista seja alcançada, de modo que a atenção secundária terá que assegurar aos usuários o acesso a consultas, procedimentos e exames especializados, ações de diagnóstico bucal avançado, como, por exemplo, o câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor, endodontia e atendimento aos portadores de necessidades especiais (MACHADO; SILVA; FERREIRA, 2015). Outros procedimentos odontológicos específicos e especializados podem ser disponibilizados nesses Centros, tais como reabilitação protética, tratamento ortodôntico e implantes

dentários em conformidade com as demandas assistenciais da população (BRASIL, 2012).

Os CEO credenciados recebem recursos diretamente do Ministério da Saúde. Sua implantação é realizada por meio de coparticipação entre municípios, estados e o Governo Federal, ou seja, o Ministério da Saúde faz o repasse do incentivo financeiro e os estados e municípios auxiliam com outra parcela, conforme Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012).

De acordo com as Portarias do Ministério da Saúde de n.º 1.570 e n.º 1.571, de 28 de julho de 2004, a estrutura organizacional do CEO possibilita sua classificação em três tipos: I, II e III. Os Centros de especialidades do tipo I são compostos por até três cadeiras odontológicas; os do tipo II possuem de quatro a seis cadeiras; enquanto os do tipo III são compostos por no mínimo sete cadeiras, sendo que os recursos financeiros disponibilizados para custeio são diretamente proporcionais ao número de equipamentos (BRASIL, 2004a; 2004b; 2011).

A consulta realizada junto ao CNES evidenciou que houve um crescimento significativo do número de CEO habilitados no território nacional. Segundo FLORENCIO et al. (2022), dados do DATASUS apontam que, em maio de 2021, a rede de atenção à saúde bucal era composta por 1.178 Centros de Especialidades Odontológicas, sendo 507 do Tipo I, 522 do Tipo II e 149 do Tipo III. Em consulta recente, realizada neste trabalho e utilizando o mesmo banco de dados (DATASUS), em março de 2024, o número de CEO atuais em funcionamento são: Tipo I, 527; Tipo II, 524; e 162 do Tipo III, totalizando 1.513 CEO em todas as unidades federativas brasileiras (DATASUS, 2024).

A depender de seu tipo (I, II ou III), cada CEO recebe um valor de incentivo diferente repassado pelo Ministério da Saúde. Para a sua implantação, o CEO Tipo I (com três cadeiras odontológicas) recebe um valor de R\$60.000,00; o CEO Tipo II (de 4-6 cadeiras odontológicas): R\$75.000,00; e o CEO Tipo III (sete ou mais cadeiras odontológicas): R\$120.000,00. Quanto ao incentivo de custeio mensal é repassado pelo Ministério da Saúde os seguintes valores de acordo com a natureza do CEO: Tipo I recebe R\$8.250,00; Tipo II, R\$11.000,00, e Tipo III, R\$19.250,00 (BRASIL, 2024b).

Por fim, vale salientar que o papel complementar dos diferentes níveis de atenção à saúde remete ao princípio da integralidade do SUS, que será cumprida se houver

interligação da AB com a atenção secundária. Apesar da implementação de sistemas de referência e contrarreferência apresentar dificuldades para a construção da integralidade em saúde bucal, a valorização do atendimento secundário deve, ao menos, amenizar esses entraves e reduzir a lacuna existente entre o usuário e a resolução de suas necessidades em saúde bucal (VAZQUEZ et al., 2012). O papel complementar dos diferentes níveis de saúde exige que os serviços sejam organizados de forma a garantir ao indivíduo e à população a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, de acordo com as necessidades de cada um em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 2007b). Torna-se, portanto, fundamental a reflexão sobre a organização da contrarreferência dos pacientes para a AB, no sentido de se garantir a integralidade da atenção à saúde bucal, fator primordial para assegurar a longitudinalidade do cuidado e a qualidade do atendimento (BORGHI et al., 2013).

5 ORTODONTIA NO SUS

Os princípios e deveres da ortodontia são diagnosticar, prevenir, interceptar e tratar de toda e qualquer forma de maloclusões dentárias e das alterações associadas às mesmas (CHAGAS; DE OLIVEIRA GUIMARÃES; DE GÓES LADEIA, 2022). A ortodontia preventiva é a área responsável pela prevenção das oclusopatias, tendo como finalidade evitar os problemas de maloclusões, através da promoção de discussões das crenças, valores e saberes da população, utilizando do seu conhecimento profissional para esclarecer qualquer tipo de dúvidas da população-alvo das ações de saúde. Por conseguinte, esses procedimentos são passíveis de inclusão nas ações básicas do profissional da odontologia que atua na ESF, visto que a ortodontia preventiva dispõe de um baixo custo operacional e é de fácil aplicabilidade prática, não apresentando necessidade do uso de aparelho ortodôntico (MOZELI & NEGRETE, 2015; DA SILVA et al., 2021).

Caso o paciente necessite de uma intervenção mecânica precoce, é fundamental que se ultrapasse os limites da ortodontia preventiva. Tal processo é denominado ortodontia interceptativa, que corresponde à extensão dos procedimentos preventivos, dado que impacta diretamente na redução do problema, minimizando a maloclusão e, até mesmo, eliminando suas causas. É importante destacar que, a maior parte das ações interceptativas podem ser realizadas pelo clínico geral nos consultórios do SUS, na medida em que demandam menor dificuldade para sua execução, possuem baixo custo e

não necessitam de uma política de saúde especial para a sua execução prática (MACIEL & KORNIS, 2006).

O ímpeto do SUS pelo atendimento ortodôntico provém de uma transformação no modelo de AB brasileira. Em obediência ao artigo 198, inciso II da Constituição Federal do Brasil, é determinado que este atendimento deve ser “integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988).

Diante dos desafios de atendimento ortodôntico na AB, o Ministério da Saúde incorporou os procedimentos ortodônticos nos níveis de atenção secundária e terciária por meio da Portaria Ministerial nº 718/SAS 2010, em conformidade com os princípios básicos do SUS e as mudanças de paradigmas a que vinha se propondo em relação à saúde bucal (BRASIL, 2010). Conforme essa Portaria, para a especialidade de ortodontia, são oferecidos os procedimentos de instalação e tratamento com aparelho ortodôntico ou ortopédico fixo. Além desses procedimentos, existem os que podem ser realizados tanto na AB quanto no CEO, como manutenção e conserto de aparelho ortodôntico/ortopédico, aparelho ortodôntico/ortopédico removível, mantenedor de espaço e plano inclinado (BRASIL, 2010).

Na atualidade, portanto, torna-se fundamental a necessidade de redimensionar a oferta de procedimentos ortodônticos nos serviços de saúde à população, por meio de um protocolo de diagnóstico e interceptação das maloclusões para cirurgiões-dentistas atuantes na AB, visando ampliar a atuação deste nas UBS, abrangendo maior número de pacientes e possibilitando maior acesso da população brasileira à ortodontia preventiva e interceptativa. Objetiva-se, ainda, a aplicação clínica de atendimento ortodôntico à comunidade com efetividade e eficiência no controle do estabelecimento das maloclusões, trazendo todos os benefícios possíveis à população interessada (MIRANDA, 2022). No entanto, o cumprimento da Portaria nº 718/SAS 2010 não é realizado de maneira unânime em todas as regiões do país, considerando que ainda há muitos lugares onde não há a implantação do projeto e nem mesmo conhecimento sobre tal (DA CONCEIÇÃO FERREIRA, 2023).

Entende-se que o SUS está inteirado sobre o quão importante é a ortodontia e trata isso com uma interpretação favorável de inclusão dessa especialidade odontológica por meio do programa BS de 2004, como cita ROCHA et al. (2015). Entretanto, na maioria dos

municípios isso não se faz realidade, já que a falta de profissionais capacitados é significativa e evidente até os dias atuais.

É evidente que, com a evolução dos entendimentos sobre seus direitos e a consciência da população, a procura por tratamentos ortodônticos tem aumentado nos últimos anos, uma vez que se observa maior percepção e expectativa por parte dos indivíduos com relação à saúde bucal. Disponibilizado pelo governo, por meio do SUS, o serviço com intercepções ortodônticas facilitaria o acesso da população ao tratamento, diminuindo, de forma adequada, alguns fatores etiológicos e prevenindo a progressão das desarmonias dentárias, o que, conseqüentemente, reduziria as discrepâncias esqueléticas e atenuaria (ou até mesmo eliminaria) a necessidade de tratamentos complexos durante a dentição permanente (MIRANDA, 2022). Nesse contexto, observa-se que a ortodontia preventiva e interceptativa são capazes e podem ser realizadas na AB, sendo feitas por meio de abordagens individuais e coletivas. A partir da compreensão dos princípios do tratamento ortodôntico é possível esclarecer as vantagens do tratamento precoce e como deve ser sua abordagem voltada para o serviço público de saúde (BRASIL, 2008).

Foi sugerido que houvesse a criação de um programa de prevenção e interceptação ortodôntica com a inclusão de atitudes que visassem a prevenção das oclusopatias em programas de saúde já existentes e a ampliação da oferta de serviços nas UBS, abrangendo a instalação de mantenedores de espaço e procedimentos interceptores. A organização e inclusão de procedimentos ortodônticos são possíveis de serem aplicadas com o gerenciamento dos recursos físicos, humanos, financeiros, com o estabelecimento de critérios para acesso aos serviços e com a idade sugerida para abordagem seria a correspondente à da dentição decídua e início da dentição mista (HEBLING et al., 2007).

O tratamento ortodôntico oferecido pelo SUS é uma prática que se tornou mais acessível após a criação dos CEO. A partir desses centros, a ortodontia ganhou força para incluir uma gama de procedimentos de intervenções corretivas e preventivas das deformidades oclusais dentárias e esqueléticas. No Brasil, existem 42 serviços públicos de ortodontia presentes em 39 municípios. Entretanto, para abranger a maior parte possível da população necessitada, é preciso, ainda, um caminho pelo qual o procedimento oferecido tenha maior resolutividade, eficácia e menor custo para o SUS (BARBOSA; PIERINI; GALLO, 2018).

Atualmente, não há uma padronização nacional de uma diretriz para o tratamento ortodôntico público, apesar de já implementada no SUS. Segundo FERREIRA FILHO et al. (2020), o profissional atuante no posto de saúde, via de regra, é quem detecta (ou deveria detectar) a necessidade de tratamento ortodôntico e que deve encaminhar o paciente ao centro especializado. Também é importante compreender que, desde 2004, por meio do plano BS, por lei, esses profissionais foram inseridos nas diretrizes do SUS, mas que essa não é uma realidade na maioria dos municípios e que é perceptível a falta de profissionais capacitados nessa área.

No trabalho desenvolvido por CHAGAS, DE OLIVEIRA GUIMARÃES & DE GÓES LADEIA, em 2022, objetivou-se a elaboração de uma revisão narrativa da literatura sobre a inclusão do tratamento ortodôntico nas políticas públicas de saúde, evidenciando a importância da presença da ortodontia no SUS e sua efetividade. Os autores salientaram que, para a ocorrência da otimização dos atendimentos ortodônticos, é preciso que, no SUS, seja realizado um maior investimento nessa área. Na conclusão desta pesquisa, os autores advertem que o tratamento ortodôntico preventivo e interceptativo devem ser uma prática acessível na saúde pública, posto que as maloclusões podem causar consequências na vida do indivíduo que vão além da estética, como a dificuldade de inserção social (CHAGAS; DE OLIVEIRA GUIMARÃES; DE GÓES LADEIA, 2022).

Um estudo que avaliou o impacto econômico de adolescentes para o acesso a um tratamento ortodôntico em Belo Horizonte (Minas Gerais), expôs que quanto mais vulneráveis e sem recursos financeiros essa população dispõe, maior serão as dificuldades para obter acesso a tratamentos ortodônticos adequados (MARTINS et al., 2019). Vale ressaltar que, neste mesmo estudo, os autores destacaram que os CEO não possuem a obrigatoriedade de possuir especialistas em ortodontia, e que, além disso, muitos municípios do referido estado, não apresentam, nem sequer, tais centros. Por essa razão, a falta de acesso ao tratamento ortodôntico à maior parte da população torna-se preocupante.

Devido ao menor aporte de recursos, os sistemas públicos de saúde dos países mais carentes, como o Brasil, ao inserirem o tratamento ortodôntico em suas políticas de saúde pública, devem impor restrições ainda maiores, baseados em índices que medem a necessidade de tratamento. Dos índices para medir a gravidade da maloclusão e

necessidade de tratamento, de modo a escolher o paciente que realmente necessita dessa intervenção, um dos mais completos e utilizados, hoje, em todo o mundo, é o Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico (INTO; do inglês *Index of Orthodontic Treatment Need – IOTN*). O INTO foi descrito por Shaw e Brook, em 1989, e modificado por Richmond, em 1990, quando ganhou reconhecimento internacional como método de classificar objetivamente a necessidade de tratamento ortodôntico. Esse índice classifica as maloclusões de acordo com sua gravidade, na intenção de identificar as pessoas que serão mais beneficiadas pelo tratamento. O INTO está composto por duas partes: um Índice Estético (IE; ing. *Aesthetic Index*), que visa refletir a necessidade sociopsicológica do tratamento ortodôntico, e o Índice de Saúde Dental (ISD; ing. *Dental Health Component*), que sintetiza todos os possíveis efeitos prejudiciais das maloclusões num método objetivo e reproduzível de avaliação, podendo essas partes serem aplicadas independentemente (DIAS & GLEISER, 2008; BARBOSA; PIERINI; GALLO, 2018).

A busca por terapia ortodôntica não pode ser considerada mera vaidade, mas sim uma resposta à avaliação social e ao conceito de estética, que varia entre sujeitos e entre diferentes populações, dependendo das tradições culturais. Uma política pública de saúde bucal que inclua a ortodontia levaria em consideração os aspectos culturais, psicológicos e sociais que prejudicam o indivíduo. O grau em que a maloclusão debilita o paciente acometido, comprometendo suas funções mastigatórias, estéticas, fonéticas, respiratórias e psicológicas e o impossibilitando de ter bons relacionamentos interpessoais e bem-estar físico, mental e social, é proporcional ao grau de resposta negativa por parte de outras pessoas, tornando esse paciente, vítima da estigmatização, como desacreditada socialmente (BARBOSA; PIERINI; GALLO, 2018; BARROS; ATHAYDE; SILVA, 2020). Dessa forma, considera-se que, somente as condições inadequadas de uma oclusão aceitável e que afetam, realmente, a saúde do cidadão seriam de interesse para o setor público de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No panorama da saúde bucal brasileira, a Ortodontia emerge como uma especialidade crucial, dedicada ao diagnóstico, prevenção e tratamento das maloclusões dentárias, desempenhando um papel fundamental na qualidade de vida dos indivíduos. Este estudo ressaltou a importância da Ortodontia não apenas como uma questão estética, mas

também como um problema de saúde pública devido à sua alta prevalência e suas implicações na saúde bucal e bem-estar geral.

Ao compreender a relevância da Ortodontia, especialmente no contexto do SUS, é possível vislumbrar a necessidade de garantir o acesso equitativo a esses serviços para toda a população brasileira. No entanto, apesar dos avanços alcançados com políticas como a PNSB e a criação dos CEO, ainda há desafios a serem superados no acesso ao tratamento ortodôntico. A limitação dos serviços públicos à atenção básica destaca a necessidade de expandir e aprimorar os serviços especializados, garantindo que os pacientes tenham acesso a tratamentos ortodônticos adequados e oportunos. A inclusão dos procedimentos ortodônticos nos níveis de atenção secundária e terciária pelo Ministério da Saúde representa um passo significativo na ampliação do acesso a esses serviços. Por isso, é essencial avaliar continuamente a eficácia desses serviços e buscar constantemente melhorias para garantir que atendam às necessidades da população de forma abrangente e eficiente. Além disso, é fundamental reconhecer que a oferta de tratamento ortodôntico pelo SUS não se limita apenas à saúde bucal, mas tem um impacto mais amplo na saúde global e no bem-estar dos indivíduos.

Nesse sentido, a pesquisa contínua e a colaboração entre profissionais de saúde, gestores e pesquisadores são essenciais para identificar lacunas na prestação de serviços, desenvolver estratégias eficazes de intervenção e promover a equidade no acesso aos cuidados odontológicos. Ao fortalecer os serviços de Ortodontia dentro do SUS e garantir que eles atendam às necessidades da população de forma abrangente, pode-se avançar em direção a uma sociedade mais saudável e igualitária, em que todos possuam acesso aos cuidados de saúde bucal de que necessitam e merecem.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Mateus Araújo; et al. Relação entre oclusopatias e hábitos parafuncionais na primeira infância. **Research, Society and, Development**. 9(7), 3-7, 2020.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; et al. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & saúde coletiva**, v. 8, p. 815-823, 2003.

BARBOSA, Vanessa Leal Tavares; PIERINI, Alexandre José; GALLO, Zildo. A prática da ortodontia na rede pública de saúde-uma revisão da literatura/The orthodontical practice in the public health sector-a bibliographical review. **Revista Brasileira Multidisciplinar (ReBram)**, v. 21, n. 1, p. 103-121. 2018.

BARROS, Carolina Vieira; ATHAYDE, Gislene Silva; SILVA, Ângela Maria. Ortodontia e ortopedia facial no SUS e seu impacto na saúde pública-um estudo no centro de especialidades odontológica (CEO) Araguaína-to. **Facit Business and Technology Journal**, v. 1, n. 17. 2020.

BORGES, Carolina Marques; PERES, Marco Aurélio; PERES, Karen Glazer. Associação entre presença de oclusopatias e insatisfação com a aparência dos dentes e gengivas: estudo com adolescentes brasileiros. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 13, p. 713-723, 2010.

BORGHI, Gabriela Novo; et al. A avaliação do sistema de referência e contrarreferência na atenção secundária em Odontologia. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, 18(2), 2013.

BRAGIATO-JUNIOR, Renato; DE OLIVEIRA, Renata Cristina Gobbi; DE OLIVEIRA, Ricardo Cesar Gobbi. Ortodontia no SUS. **Revista Uningá**, v. 55, n. 2, p. 154-168, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica Brasil Sorridente**. 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente>>. Acesso em: 30 de março de 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. CONASS, 2007b.

BRASIL. Constituição de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Centro de Especialidades Odontológicas**. 2024a. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/atencao-especializada/ceo>>. Acesso em: 13 de abril de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Centros de Especialidades e Laboratórios de Prótese dentária**. 2024b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1825_24_08_2012.html>. Acesso em: 13 de abril de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial da União, 29 mar; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: MS; 2002b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasil Sorridente. **Equipe de Saúde Bucal**. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O desenvolvimento do sistema único de saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. 2. ed. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1570, de 29 de jul. 2004. **Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias**. Diário Oficial da União, Brasília, 2004a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1570_29_07_2004.html. Acesso em: 13 de abril de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 718/SAS**, de 20 de dezembro de 2010: Aprova a revisão dos procedimentos da Tabela do SUS: Diário oficial da União, Poder Executivo, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **SB Brasil 2020: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**: projeto técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 92 p.: il. ISBN 978-65-5993-136-1.

BRASIL. Portaria 1464, de 24 de jun. 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o **Financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**. Diário Oficial da União, Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464_24_06_2011.html. Acesso em: 13 de abril de 2024.

BRASIL. Portaria 1571, de 29 de jul. 2004. **Estabelece o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO**. Diário Oficial da União, Brasília, 2004b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1571_29_07_2004.html. Acesso em: 13 de abril de 2024.

BRASIL. Senado Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto promulgado em 05 de outubro de 1988: Brasília, 1988.

CAYETANO, Maristela Honório; CAMPOS DE ALMEIDA CARRER, Fernanda; GABRIEL, Mariana; CARNEIRO MARTINS, Fabio; PUCCA JUNIOR, Gilberto Alfredo; DE ARAUJO, Maria Ercilia. Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): um resgate da história, aprendizados e futuro. **Universitas Odontológica**, v. 38, n. 80, 2019.

CHAGAS, Amanda Souza; DE OLIVEIRA GUIMARÃES, Gabriel Silva; DE GÓES LADEIA, Luiz Eduardo. A ortodontia nas políticas públicas de saúde: revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, p. e39311629183-e39311629183. 2022.

CHAVES, Sônia Cristina Lima; CRUZ, Denise Nogueira; BARROS, Sandra Garrido de; FIGUEIREDO, Andreia Leal. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 27, 143-154, 2011.

CHIBA, Erika Kiyoko. **Ortodontia em saúde coletiva: epidemiologia das oclusopatias e da necessidade de tratamento ortodôntico em adolescentes**. Araçatuba: São Paulo, Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva em Odontologia Campus de Araçatuba. p. 103. 2021. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/b74fab4b-cbfb-43da-ab91-e49e6bfa8349/content>. Acesso em: 17 mar. 2024.

DA CONCEIÇÃO FERREIRA, Pammalla Ribeiro. A implementação do Programa Brasil Sorridente na especialidade da Ortodontia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática. **Amazônia: Science & Health**, v. 11, n. 2, p. 65-79. 2023.

DA SILVA, Matheus Benevides Pereira; MORAES, Liliane Barbosa de. Ortodontia: Atenção à Má Oclusão no Âmbito do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Odontologia do UNIFESO**, v. 4, n. 1, 2022.

DA SILVA, Savana Ranyella Correia; et al. Impactos da maloclusão na qualidade de vida de crianças e adolescentes: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v.10, n. 8, p. e4510816910-e4510816910. 2021.

DAMASCENO, Kairo Silvestre Meneses; CRUZ, Denise Nogueira; DE BARROS, Sandra Garrido. Acessibilidade aos serviços odontológicos no SUS: revisão da literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, p. e17610313194-e17610313194, 2021.

DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2024. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/habbr.def>>. Acesso em: 14 de abril de 2024.

DE OLIVEIRA SANTOS, Lais; PEREIRA, Dayliz Quinto. CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS: ACESSO COMO DIREITO À SAÚDE BUCAL. **Anais dos Seminários de Iniciação Científica**, n. 23, 2019.

DIAS, Patricia Fernanda; GLEISER, Rogerio. O índice de necessidade de tratamento ortodôntico como um método de avaliação em saúde pública. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 13, p. 74-81. 2008.

FERREIRA FILHO, Mário Jorge Souza; et al. Tratamento de oclusopatias em crianças no âmbito do serviço público: Revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 11, p. 93666-93677. 2020.

FLORENCIO, Thayane Maria Botelho; MAIA, Sandra Maria Alves Sayão; DE MELO JÚNIOR, Paulo Maurício Reis; DE ARRUDA MAURICIO, Herika. Atenção Secundária e o processo formativo na Odontologia: a experiência da Universidade de Pernambuco, campus Santo Amaro. **Revista da ABENO**, 22(2), 1721-1721. 2022.

GAVRIC, Anja; MIRCETA, Dubravka; JAKOBOVIC, Mario; PAVLIC, Andrej; ZRINSKI, Magda Trinajstic; SPALJ, Stjepan. Craniodentofacial characteristics, dental esthetics–related quality of life, and self-esteem. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v. 147, n. 6, p. 711-718, 2015.

GOMES, Joeli Alcatrão Andrade Silva; OCCHI, Bárbara Gomes Perez; SCMIDT, Débora Berger; ALEXANDRE, Ingrid Gomes Perez Occhi. Atuação da Odontologia na Estratégia Saúde da Família: uma revisão crítica da literatura. **Revista Uningá**, v. 56, n. S5, p. 163-173, 2019.

HEBLING, Sandra Regina Facciolli; PEREIRA, Antonio Carlos; HEBLING, Eduardo; MENEGHIN, Marcelo de Castro. Considerações para elaboração de protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1067-1078, 2007.

HORTALE, Virginia Alonso; PEDROZA, Manoela; ROSA, Maria Luiza Garcia. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. 231-239, 2000.

JAMIESON, Lisa M.; PARADIES, Yin C.; GUNTHORPE, Wendy; CAIRNEY, Sheree J.; SAYERS, Susan M. Oral health and social and emotional well-being in a birth cohort of Aboriginal Australian young adults. **BMC public health**, v. 11, p. 1-11, 2011.

JUNIOR, Renato Bragiato; DE OLIVEIRA, Renata Cristina Gobbi; DE OLIVEIRA, Ricardo Cesar Gobbi. Ortodontia no SUS. **Revista Uningá**, v. 55, n. 2, p. 154-168, 2018.

KUHNEN, Mirian; BURATTO, Gisele; SILVA, Marcia Pitt. Uso do tratamento restaurador atraumático na Estratégia Saúde da Família. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 42, p. 291-297, 2013.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 867-874, 2011.

LOPES, Jorge Dias; FERREIRA, Afonso Pinhão; FIGUEIREDO, Cristina; POMLLMANN, Maria Cristina; PONCES, Maria João. **Contributo ao ensino da especialidade da ortodontia na FMDUP**. 31 de maio. 2011.

MACHADO, Flávia Christiane de Azevedo; SILVA, Janmille Valdevino; FERREIRA, Maria Ângela Fernandes. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Ciência & saúde coletiva**, v. 20, p. 1149-1163, 2015.

MACIEL, Sérgio Murta; KORNIS, George Edward Machado. 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, p. 59-81. 2006.

MADUREIRA, Paulo Roberto de; DE CAPITANI, Eduardo Mello; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Avaliação da qualidade da atenção à saúde na rede básica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 5, p. 45-59, 1989.

MAGALHÃES, Bruno Gama; DE OLIVEIRA, Raquel Santos; GASPAS, Gabriela da Silveira; FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, Paulo Sávio Angeiras. Avaliação do cumprimento de atenção secundária em saúde bucal. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 12, n. 1, p. 107-112, 2012.

MANSUR, Shériida Cunha. **Prevalência de Má Oclusão em Crianças com Idade Escolar: Norte de Portugal**. Porto: Portugal. Tese de Doutorado, Universidade Fernando Pessoa (Portugal). p. 115. 2015. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5066/1/PPG_30485.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2024.

MARQUES, Leandro Silva; BARBOSA, Cristiane Carvalho; RAMOS-JORGE, Maria Letícia; PORDEUS, Isabela Almeida; PAIVA, Saul Martins. Malocclusion prevalence and orthodontic treatment need in 10-14-year-old schoolchildren in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: a psychosocial focus. **Cadernos de saúde pública**, v. 21, p. 1099-1106, 2005.

MARTINS, André Neves; LANNA, Tyrzzá Vieira; SANTOS, Pedro Carlos Ferreira; MAGALHÃES, Sérgio Ricardo. A INSERÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO PSF: Revisão sobre as ações e os métodos de avaliação das equipes de saúde bucal. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**, 4(1), 2014.

MARTINS, Letícia Pereira; BITTENCOURT, Jéssica Madeira; BENTO, Cristiane Baccin; VALE, Miriam Pimenta; PAIVA, Saul Martins. Má oclusão e vulnerabilidade social: estudo representativo de adolescentes de Belo Horizonte, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 24, n. 2, p. 393-400. 2019.

MIOTTO, Maria Helena Monteiro de Barros; LOUREIRO, Carlos Alberto. Efeito das características sociodemográficas sobre a frequência dos impactos dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida. **UFES rev. odontol**, p. 6-14, 2003.

MIOTTO, Maria Helena Monteiro de Barros; BARCELLOS, Ludmilla Awad; VELTEN, Deise Berger. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 397-405, 2012.

MIRANDA, Gabriela Pinto Xavier. Percepção da ortodontia no SUS relacionado a odontopediatria: Revisão de literatura. **Repositório de Trabalhos de Conclusão de Curso**. 2022.

MOKSNES, Unni K.; ESPNES, Geir A.; LILLEFJELL, Monica. Sense of coherence and emotional health in adolescents. **Journal of adolescence**, v. 35, n. 2, p. 433-441, 2012.

MOZELI, Keila Vieira; NEGRETE, Daniel. Ortodontia em saúde pública. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 27, n. 3, p. 229-234. 2015.

NEVES, Matheus; GIORDANI, Jessye Melgarejo do Amaral; HUGO, Fernando Neves. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1809-1820, 2019.

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS**. SciELO-Editora FIOCRUZ, p. 85, 2016.

PEREIRA, Maurício Gomes. Epidemiologia: teoria e prática. In: **Epidemiologia: teoria e prática**, p. 596-596, 2001.

PERROTTA, Bruna Pimentel; ALCÂNTARA, Gabrielle Pinheiro de. **A inclusão da ortodontia no SUS: estado atual da questão**. Taubaté: São Paulo. Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia, Universidade de Taubaté. p. 30. 2020. Disponível em: <

http://repositorio.unitau.br/jspui/bitstream/20.500.11874/4110/1/Bruna%20Pimentel%20Perrotta_Gabrielle%20Pinheiro%20de%20Alcantara.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2024.

PUCCA JUNIOR, Gilberto Alfredo. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 243-246, 2006.

REISINE, Susan T. The impact of dental conditions on social functioning and the quality of life. **Annual review of public health**, v. 9, n. 1, p. 1-19, 1988.

ROCHA, Patrícia Maria Lopes; RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos; FERREIRA, Paulo Henrique da Cruz; MIRANDA, João Luiz de. Odontologia em saúde coletiva: percepção do acadêmico. **Revista Científica Vozes dos Vales**, n. 08, ano IV. 2015.

ROHR, Rosane Iorio Tessari; BARCELLOS, Ludmilla Awad. As barreiras de acesso para os serviços odontológicos. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 10, n. 3, 2008.

RONCALLI, Angelo Giuseppe. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva**. Araçatuba: São Paulo, Tese de Doutorado, Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Araçatuba. 2000.

SALIBA, Nemre Adas; MOIMAZ, Suzely Adas Saliba; FADEL, Cristina B.; BINO, Livia S. Saúde Bucal no Brasil: uma nova política de enfrentamento para a realidade nacional. **Rev Odontol Bras Central**, 18(48):62-66, 2010.

SALIBA, Nemre Adas; NAYME, João Guilherme Rodrigues; MOIMAZ, Suzely Adas Saliba; CECILIO, Lenise Patrocionio Pires; GARBIN, Cléa Adas Saliba. Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 42, p. 317-323, 2013.

SILVA, Mariana Carvalho Batista da; SILVA, Raimundo Antônio da; RIBEIRO, Cecília Cláudia Costa; CRUZ, Maria Carmem Fontoura Nogueira da. Perfil da assistência odontológica pública para a infância e adolescência em São Luís (MA). **Ciência & Saúde Coletiva**, 12, 1237-1246, 2007.

SOUSA, Edilson William Natividade; et al. Análise do desempenho dos centros de especialidades odontológicas da regional de saúde metropolitana I do estado do Pará em 2022. **Brazilian Journal of Health Review**, 7(1), 1289-1300, 2024.

STARFIELD, Barbara. Is US health really the best in the world?. **Jama**, v. 284, n. 4, p. 483-485, 2000.

VAZQUEZ, Fabiana de Lima; GUERRA Luciane Miranda; VITOR, Eduardo de Sant´Anna; AMBROSANO, Glaucia Maria Bovi; MIALHE, Fábio Luís; MENEGHIM, Marcelo de Castro; PEREIRA, Antonio Carlos. Referência e contrarreferência na atenção secundária em Odontologia na cidade de Campinas, SP. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012.

VOELKER, Dana K.; REEL, Justine J.; GREENLEAF, Christy. Weight status and body image perceptions in adolescents: current perspectives. **Adolescent health, medicine and therapeutics**, p. 149-158, 2015.