

DEMOCRATIZAÇÃO DO ACESSO À ORTODONTIA INFANTIL

Ricardo Fabris Paulin¹
Daniela Gamba Garib²
Patrícia Zambonato Freitas³
Cibele Albergaria⁴

Resumo: No Brasil, não há atendimento na saúde pública direcionado à prevenção das más oclusões, ou seja, na especialidade de Ortopedia e Ortodontia Preventiva. O objeto deste texto é apresentar um ato de regulação legal que determina o atendimento e exame clínico das más oclusões nas escolas públicas brasileiras para, posteriormente, as crianças serem atendidas na rede pública de saúde. A partir desta ideia foi desenvolvido um Projeto de Lei que estabelece que as crianças de 6 a 12 anos terão direito a cuidados ortodônticos preventivos na rede pública, protocolado pela Deputada Federal Celina Leão na Câmara dos Deputados, em Brasília, no dia 18 de abril de 2019.

555

Palavras-Chave: Saúde Bucal. Ortodontia. Prevenção.

Abstract: In Brazil, there is no public health care directed to the prevention of malocclusions, that is, in the specialty of Preventive Orthopedics and Orthodontics. The purpose of this text is to present an act of legal regulation that determines the attendance and clinical examination of malocclusions in Brazilian public schools so that, later, the children will be treated in the public health network. From this idea was developed a Bill that establishes that children from 6 to 12 years will be entitled to preventive orthodontic care in the public network, filed by Federal Deputy Celina Leão in the Chamber of Deputies in Brasilia on April 18, 2019.

Keywords: Oral Health. Orthodontics. Prevention

¹Ortodontista, mestre e doutor em Ortodontia pela faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP, Coordenador da Faculdade de Odontologia do ICESP, Professor titular da Universidade Paulista - UNIP, Diretor científico IPESP - Brasília, Coordenador do curso de Ortodontia IPESP - Brasília.

² Ortodontista, Professora associada da Universidade de São Paulo - USP - Bauru, pós-doutorado na Harvard School of Dental Medicine. Autora do livro de Ortodontia Interceptiva, protocolo de tratamento em 2 fases.

³ Ortodontista, mestre em Ortodontia pela faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP, doutora em Patologia Bucal pela Faculdade de Odontologia de Bauru - USP, time fundador do Ortodontia Brasil.

⁴ Ortodontista e Odontopediatra, fundadora do Grupo Virtual Ortodontia Brasil (comunidade ortodôntica digital participativa e interativa) e Instituidora da Campanha Julho Laranja. Brasília-DF.

Recebido em 30/04/2019
Aprovado em 10/05/2019

1. Introdução

Considerando que, no Brasil, não há atendimento na saúde pública direcionado à prevenção das más oclusões, especialidade de Ortopedia Facial e Ortodontia Preventiva, um grupo de pesquisadores percebeu a necessidade de ações, visando o atendimento e exame clínico a crianças matriculadas nas escolas públicas brasileiras e que apresentam má oclusão. A intenção era, uma vez identificado o problema, encaminhá-las ao atendimento odontológico na rede pública de saúde. A partir dessa ideia foi desenvolvido um Projeto de Lei que estabelece que as crianças de 6 a 12 anos, terão direito a cuidados ortodônticos preventivos na rede pública de saúde. Projeto esse protocolado pela Deputada Federal Celina Leão na Câmara dos Deputados, em Brasília, no dia 18 de Abril de 2019.

Pretende-se que as crianças sejam examinadas nas escolas públicas, atendidas na rede pública de saúde e o monitoramento e a supervisão do desenvolvimento da oclusão nas crianças sejam realizados por odontólogos. Trata-se de um procedimento essencial para a prevenção de irregularidades mais graves e de condutas mais invasivas, como procedimentos cirúrgicos posteriores. Intervenções precoces apresentam mais simplicidade, maior benefício, baixo custo econômico e biológico. Expandindo o objetivo inicial foi criada a **Campanha Julho Laranja**, cujo intento está em chamar a atenção da sociedade civil e esclarecer à população sobre a prevenção em saúde bucal e correção dentária infantil.

2. Um Projeto de Lei para Saúde Bucal

Sabe-se que prover cuidados ortopédicos e ortodônticos, preventivos e interceptivos, em crianças e pré-adolescentes, no âmbito da saúde pública, consiste em estratégia importante para o alcance da meta de promoção da autoestima e bem-estar psicológico, essenciais à saúde integral. Evidências recentes demonstraram que alterações bucais, como ausência de dentes, espaços entre os dentes e más oclusões são os motivos mais recorrentes do Bullying em adolescentes. O Bullying apresenta inúmeras consequências negativas e pode contribuir para o adoecimento psíquico do sujeito, incitando à depressão, ao isolamento, ao abandono dos estudos e até mesmo ao suicídio.

As metas da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a promoção de saúde mental recomendam que estratégias preventivas primárias, incluindo a redução dos fatores de risco a problemas de saúde mental sejam prioritárias. Instrumentos usados pela OMS para

da qualidade de vida, atestam que o tratamento ortodôntico melhora os índices de bem-estar e saúde mental de crianças e adolescentes.

Nesta perspectiva, cabe ao cirurgião-dentista, especialista em Ortodontia (ortodontista), atuar de modo a auxiliar e monitorar o desenvolvimento da oclusão, o diagnóstico e provável tratamento de alterações na respiração oral e nos distúrbios do sono, irregularidades dentárias ou dos ossos maxilares que afetam o desenvolvimento físico e cognitivo das crianças em desenvolvimento. Como exemplo, pode-se citar a apneia obstrutiva do sono, a qual redundando em sonolência diurna e déficit de atenção do indivíduo, levando-o a um baixo rendimento escolar. Esses sintomas são muitas vezes confundidos com a Síndrome do Déficit de Atenção, recebendo tratamento equivocado e até sobretratamento. Uma vez identificado o problema, há aparelhos ortopédicos que podem tratar a apneia obstrutiva do sono e seus sintomas de forma simples, econômica e sem efeitos colaterais, evitando o agravamento do quadro e o sofrimento do sujeito.

Em países com notável nível de desenvolvimento, como os países Nórdicos na região da Escandinávia, a Ortodontia foi agregada à rede pública em 1936 e, em 1974, um projeto de lei decretou que o Ortodontista deveria compor a rede de especialidades em saúde pública. Por força de lei, ocorrem exames em idades protocolares e as intervenções obedecem a índices de prioridade.

No Brasil, ao contrário, apenas está sugerido que crianças dos 6 aos 12 anos de idade, sejam examinadas, na rede pública, por um especialista, momento em que o profissional terá condições técnicas para prevenir, com atitudes simples e econômicas, irregularidades faciais e dentárias mais graves que poderão se instalar em um futuro próximo, durante a adolescência, estendendo-se à adultícia. Há que ressaltar também que os aparelhos ortodônticos e ortopédicos apresentam maior efetividade nessa fase do desenvolvimento. Na Odontologia é ponto pacífico que a atuação da Ortodontia, de um modo geral, tem início aos 5 anos de idade e estará indicada, enquanto o sujeito possuir osso periodontal de suporte. Em decorrência, a primeira consulta ortodôntica tem indicação para que ocorra partir dos 5-6 anos de idade e não no início da adolescência, sob risco da perda de oportunidade de manejo ainda simplificado de diversas irregularidades dentofaciais que gradativamente se tornarão mais complexas.

Ademais, a atuação da Ortodontia não apenas incide sobre a dentadura permanente, mas também apresenta aportes técnico-científicos para lidar com as dentaduras decídua e mista.

São várias as contribuições científicas que abordam o tema, como por exemplo, o estudo

de 6 a 10 anos de idade, associada à cárie e à perda prematura de dentes decíduos (BITTENCOURT & MACHADO, 2010). A pesquisa foi realizada em 18 estados brasileiros e no Distrito Federal, com a participação de Ortodontistas filiados à Associação Brasileira de Ortodontia e Ortopedia Facial (ABOR). Os resultados evidenciaram:

- 14,83% de oclusão normal;
- 85,17% apresentam algum tipo de alteração oclusal;
- 57,24% de má oclusão de Classe I de Angle;
- 21,73%, de Classe I de Angle;
- 6,2%, de Classe III de Angle;
- 19,58% de mordida cruzada, sendo 10,41%, na região anterior e 9,17% na posterior;
- 18,09% de sobremordida profunda;
- 15,85% de mordida aberta;
- 52,97% % de cárie e/ou perdas dentárias.

Segundo os investigadores, a prevalência de alterações oclusais é maior do que a prevalência de lesões de cárie e perdas dentárias na população infantil e também foi verificada a possibilidade de Ortodontia Preventiva em 72,34% dos casos examinados, conforme se segue:

- 55,63% orientação;
- 8,52% supervisão;
- Ortodontia Interceptiva em 60,86%;
- 5,51% hábitos anormais de pressão;
- 2,68% respiração bucal;
- 13,48% manutenção de espaço;
- 23,70% recuperação e ou controle de espaço;
- 9,23% correção da mordida cruzada;
- 5,8% correção da mordida aberta;
- 8,56% intervenção ortopédica para correção das más oclusões de classe II e classe III de Angle.

Pesquisa realizada na Universidade de Detroit e publicada em 2018, a equipe concluiu que o tratamento interceptivo pode diminuir a complexidade das más oclusões de Classe I, II e III, corrigindo, respectivamente, até 57%, 64% e 76% da condição inicial (PANGRAZIO-KULBERSHA, 2018).

Em função da pouca atenção que é oferecida à saúde bucal no Brasil, cabe ressaltar que há dispositivos legais que, pelo menos, acenam nessa direção. A Constituição da República Federativa do Brasil, em seu Art. 196 declara que “A saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988), e o acesso à saúde deverá ser garantido mediante a adoção de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos. Ainda na Constituição Brasileira, o Art. 227 dispõe que “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde[...] à dignidade” e propõe, no caput do parágrafo primeiro, que compete ao Estado promover programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente e do jovem para assegurar o cumprimento do preceito legal.

Atendendo ao comando constitucional, o Estatuto da Criança e Adolescente, estabelece, no Art. 4º, que “É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.” (BRASIL, 1988). Esta determinação coaduna-se também com os termos do Art. 7º reportando que “A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (BRASIL, 1988) e com o Art. 11, parágrafo 2º ao definir que caberá ao poder público fornecer gratuitamente, àqueles que necessitarem, medicamentos, órteses, próteses e outras tecnologias assistidas relativas ao tratamento, habilitação ou reabilitação para crianças e adolescentes, de acordo com as linhas de cuidado voltadas às suas necessidades específicas.

Ainda na Constituição Federal, o Art. 14 completa o aparato legal em prol da garantia do cuidado e atenção à saúde bucal dispondo que “O Sistema Único de Saúde promoverá programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades que ordinariamente afetam a população infantil e campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos” (BRASIL, 1988).

Para além do aparato legal que evidencia o dever do Estado na promoção da saúde integral de crianças, jovens e adolescentes, evidências científicas acumulam-se demonstrando que o monitoramento e a supervisão do desenvolvimento da oclusão nas crianças por odontólogos é essencial para a prevenção de irregularidades mais graves e de condutas mais invasivas, como os procedimentos cirúrgicos, conforme já relatado, haja vista que intervenções

precoces potencialmente apresentam maior simplicidade e melhoram a relação custo-benefício em termos econômicos e biológicos.

Se está definida na legislação que cabe às instâncias estatais a promoção da saúde dental, por meio de programas e projetos que a materializem, o fato é que há uma lacuna no que é relativo à legislação complementar de modo regulamentar e direcionar ações de instituições públicas, privadas e da própria sociedade civil, para garantir o preceito legal.

Em síntese, ao se apresentar à Câmara dos Deputados Federais um projeto de lei que dispõe sobre a responsabilidade de examinarem as crianças uma vez ao ano, na rede pública, por um especialista em Ortodontia, cirurgião-dentista, dos 6 aos 12 anos de idade, acredita-se que abre-se espaço para a regulamentação específica da matéria prevista em lei em consonância com o ideal de que a prevenção representa a maior expressão de bem-estar que o ser humano pode experimentar na área da saúde.

Ressalta-se que a presença de um especialista em Ortodontia, com qualificação que atenda aos padrões estabelecidos pela Associação Brasileira de Ortodontia (ABOR) e pela World Federation of Orthodontists (WFO), nos postos de saúde pública, pode beneficiar 70% das crianças brasileiras, em sua maioria sem condições sócio-econômicas para ter acesso ao tratamento dentário.

A iniciativa descrita neste artigo é seguida por uma ação de conscientização da sociedade civil e política para os benefícios da atenção preventiva à saúde bucal. Trata-se da Campanha Julho Laranja, concebida como instrumento para chamar a atenção e esclarecer à população sobre a prevenção em saúde bucal e correção dentária infantil.

Em Outubro de 2018, em um curso de mídia digital em Brasília, com o consultor de mídia digital, Rodrigo Gadelha, ganhador do prêmio na área em 2018, as Ortodontistas, otimizistas, Dra. Cibele Albergaria e Dra. Patrícia Zambonato, em parceria com jornalistas e publicitários, tiveram um insight a cerca da prevenção da saúde bucal, durante um trabalho em grupo. Das discussões surgiu a ideia de formular uma campanha que ampliasse o entendimento deste objeto e acenasse com a possibilidade concreta de correção dentária já em idade precoce nas crianças brasileiras. Concebendo que da mesma forma que existe o outubro rosa e o novembro azul, poderia ser criado o Julho Laranja sob o mote: Cuidados Precoces, Sorrisos Pra Toda Vida. Ao estudar as cores, a equipe optou pela cor laranja por compreender que ela simboliza alegria, vivacidade e confiança, apta, portanto, a simbolizar a campanha. Já que a tendência é a de que o calendário oficial assumira uma cor para cada mês (outubro rosa, novembro azul e outros). A cor laranja pode

Prevenção da Saúde Bucal, cooperando de forma veemente com o processo de divulgação. Ademais, ao investigar o período do ano em que a população brasileira apresenta maior demanda pela Ortodontia Infantil, chegou-se à cor laranja. A conjunção da cor laranja, ao mês de julho e ao propósito da campanha orientou o grupo, principalmente os publicitários, a instituírem a imagem de uma mascote para que agregasse todos os seus elementos (Figura 1).

Instagram: @julholaranja

Hashtag: #ortodontistaNAescola

561



A artista plástica Clarissa Motta Nunes, de Porto Alegre foi contatada e, prontamente, abraçou a ideia e doou a criação da mascote. Nasceu um pássaro simpático e elegante, alegre que representa bem o alto nível da Ortodontia Brasileira, já em destaque no ranking da Ortodontia Mundial.

Para garantir a efetividade da divulgação, mídias sociais, tais como: facebook, instagram e funpage foram criadas para a Campanha do Julho Laranja. Mais um veículo para motivar os ortodontistas e a população a entenderem a necessidade do monitoramento do desenvolvimento da dentição, pois quando iniciam-se as trocas dentárias, a intervenção nas alterações da dentição, apresentam prognósticos favoráveis e estabilidades invejáveis, mesmo na presença de más oclusões complexas como na classe III e na mordida aberta anterior. O diagnóstico precoce favorece o sucesso do tratamento ortodôntico e possibilita resultados que seriam desafiadores para uma fase mais tardia. Ou seja, prevenir é melhor do que tratar.

Um roteiro para campanha foi elaborado e será disseminado nas mídias sociais, a fim de que todos juntos transformem o Julho Laranja em um evento da magnitude de um super outubro rosa.

3. Considerações Finais

A saúde bucal integra os dispositivos legais que norteiam a atenção primária à saúde e das ações de vigilância em saúde. Não obstante, a área ainda carece de regulação que permita a doação de iniciativas sistemáticas para responder com efetividade às situações e problemáticas como as relacionadas à má oclusão e demais particularidades ortodônticas. O projeto de lei aqui apresentado, visa equilibrar a atuação pública das especialidades odontológicas com a inclusão da Ortodontia nas escolas e atendimento na rede pública de saúde.

A presença de um especialista em Ortodontia, concursado, com qualificação que atenda aos padrões estabelecidos pela Associação Brasileira de Ortodontia (ABOR) e pela World Federation of Orthodontists (WFO), nos postos de saúde pública e escolas amplia o atendimento às crianças de 6 a 12 anos de idade, mitigando problemas importantes de desenvolvimento físico e mental desta população.

O projeto apresenta-se, assim, em consonância com o ideal de que a prevenção representa a maior expressão de bem-estar que o ser humano pode experimentar na área da saúde. Ao mesmo tempo, o julho Laranja mostra-se na condição de uma campanha cuja finalidade é disseminar à população o ideal: preocupar-se com os cuidados precoces e sorrisos para toda a vida de crianças e pré-adolescentes.

3. Referências:

Al-Omari IK, Al-Bitar ZB, Sonbol HN, Al-Ahmad HT, Cunningham SJ, Al-Omiri M. Impact of bullying due to dental facial features on oral health-related quality of life. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2014 Dec;146(6):734-9.

American Association of Orthodontists. Your Child's First Orthodontic Check-Up. AAO consumer education brochure. 2013. Disponível em: https://www.aaoinfo.org/system/files/media/documents/Your_Childs_First_Checkup.pdf. Acesso em: 20 de abr. 2019.

Bittencourt, MAV; Machado, AW. Prevalência de má oclusão em crianças entre 6 e 10 anos – um panorama brasileiro. *Dental Press Journal Orthodontics*, 2010, 15(6):113-32.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República {2019}. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 28 abr. 2019.

BRASIL. Decreto-lei nº 8.069 de 13 de JULHO de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm. Acesso em: 28 abr. 2019.

Camacho M, Chang ET, Song SA, Abdullatif J, Zaghi S, Pirelli P, Certal V, Guillemainault C. Rapid maxillary expansion for pediatric obstructive sleep apnea: A systematic review and meta-analysis. *Laryngoscope.* 2017 Jul;127(7):1712-1719.

Kerosuo H, Heikinheimo K, Nyström M, Väkiparta M. Outcome and long-term stability of an early orthodontic treatment strategy in public health care. *Eur J Orthod.* 2013 Apr;35(2):183-9.

PANGRAZIO-KULBERSHA, V. et al. Comparison of early treatment outcomes rendered in three different types of mal occlusion. *Angle Orthod.* 2018. 88:253-58.

Perez KG, Traebert, ESA; Marcenes, W. Diferenças entre auto percepção e critérios normativos na identificação de oclusopatias. *Rev Saúde Pública.* 2002. 36(2): 230-6.

SILVA Filho, OG; Garib, DG; Lara, TS. Ortodontia interceptiva: protocolo de tratamentos em duas fases. Artes Médicas Editora, 2015.