

A ortodontia nas políticas públicas de saúde bucal: um exemplo de equidade na Universidade Federal de Juiz de Fora¹

SÉRGIO MURTA MACIEL*

GEORGE EDWARD MACHADO KORNIS**

RESUMO

Devido à grande prevalência das más-oclusões, à grande transformação epidemiológica por que passa a saúde bucal, com o forte declínio das cáries, e sob a referência dos princípios constitucionais de integralidade e equidade, tornou-se necessário viabilizar a incorporação de procedimentos ortodônticos pelo setor público de saúde. Uma das sugestões neste sentido seria a utilização dos serviços prestados nas universidades públicas, que além de formar recursos humanos, podem abrir espaço para uma política social paralela. Este artigo apresenta o exemplo da clínica de ortodontia da Universidade Federal de Juiz de Fora, que, por ser um pólo de referência regional em atenção à saúde bucal, vem participando das ações públicas de saúde bucal, através dos serviços prestados à população. Expõe as diferentes faces das más-oclusões dentárias, que afetam as pessoas nos âmbitos social, psicológico e biológico, e faz uma leitura histórica da saúde bucal no Brasil com um recorte para a assistência ortodôntica, que, por real importância e por direitos constitucionais, deveria figurar entre os procedimentos cobertos pelo SUS. Idealiza-se um sistema de triagem para esses casos, abrangendo critérios econômico, biológico e psicosocial, que aproxime a assistência à saúde bucal da equidade.

Palavras-chave: Ortodontia; políticas públicas; saúde bucal; inclusão; clínica ortodôntica.

Recebido em: 10/02/2006.

Aprovado em: 03/05/2006.

Introdução

A II Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1993, definiu saúde bucal como parte integrante e geral da saúde do indivíduo - portanto, relacionada às condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, serviços de saúde e informação (CFO, 1993).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), os problemas de posicionamento dentário e mau relacionamento dos ossos maxilares, as más-oclusões dentárias são o terceiro problema odontológico de saúde pública no Brasil (SILVA FILHO *et al.*, 1990). Dentre os problemas bucais que mais afligem a população, os mais graves e prevalentes são as cáries, a doença periodontal e as más-oclusões. Os dois primeiros são rotineiramente tratados ou prevenidos em nível de saúde pública, mas em segundo plano está a preocupação com o terceiro problema.

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

Devido à grande prevalência das más-oclusões, à grande transformação epidemiológica por que passa a saúde bucal, com o forte declínio das cáries, e com base nos princípios constitucionais de integralidade e equidade, tornou-se necessário viabilizar a incorporação dos procedimentos ortodônticos pelo setor público de saúde. Entretanto, para a implementação de tais políticas deve-se observar em que condições e para quem o tratamento ortodôntico deve ser oferecido no sistema público de saúde, dadas as limitações financeiras e de recursos humanos.

Países como Inglaterra, Nova Zelândia, Suécia e Finlândia oferecem em seus sistemas públicos de saúde tratamento ortodôntico para os casos mais graves ou deformantes. O paciente é submetido a um índice classificatório, que determina se há ou não necessidade de realizar o tratamento. Se há, este é oferecido pelo Estado como benefício (JANVINEN, 2001). O critério de seleção é baseado em índices oclusais, que se referem às condições bucais do indivíduo e podem também conter fatores psicossociais relativos às más-oclusões nesses processos de triagem (JENNY, 1975).

No Brasil o caminho a ser percorrido é longo até que se possa oferecer uma cobertura mais universal e com mais equidade no tratamento ortodôntico destinado à população. Contudo, há locais onde já se esboça uma prática de ortodontia com perspectiva e possibilidade de socialização. A Clínica Escola da FO-UFJF é tida como exemplo, já que oferece assistência odontológica ampla, que inclui até mesmo um tratamento ortodôntico total, que não se encontra no rol de procedimentos odontológicos básicos cobertos pelo SUS, conforme a Portaria nº 267, de 6 de março de 2001, do Ministério da Saúde. Essa assistência ortodôntica, com o apoio dos gestores locais e amparada por uma política renovada de saúde bucal, pode ser incorporada por outras instituições e direcionada a uma população carente, necessitada desses cuidados e excluída das ações sociais.

Para que a equidade no tratamento ortodôntico possa integrar as ações de saúde daquela instituição, a escolha dos indivíduos que receberão o serviço deve ser criteriosa. Nessa perspectiva de análise, não só os fatores biológicos, mas os psicossociais, econômicos e relacionados à gravidade da má-oclusão dentária devem estar presentes nesses critérios.

A seleção prévia é necessária, pois se até os países mais ricos impõem restrições quanto ao tratamento ortodôntico custeado por seus sistemas públicos de saúde, países como o Brasil enfrentarão dificuldades de dimensões muito maiores para que haja abrangência do referido serviço. A CO-UFJF, embora seja um núcleo de ensino, direciona seus esforços no sentido de contribuir para a diminuição das desigualdades sociais.

O histórico conceitual da questão

A saúde bucal brasileira reflete algumas das principais características da sua sociedade: economia em crise, desigualdades sociais enormes, crescente número de pessoas em pobreza absoluta. Esse fato leva quase 70% da população, situada nos extratos de baixa e muito baixa renda, para longe dos serviços odontológicos particulares. No Brasil, 70% do total de gastos com saúde bucal estão alocados no setor privado e apenas 30% no setor público, transformando a prática odontológica em privada e curativa (PINTO, 2000). Ressalta-se em saúde bucal a questão do mau posicionamento dos dentes e dos maxilares, que revela uma infinidade de implicações biológicas e sociais mais complexas do que simples problemas estéticos, fazendo com que a questão mereça se tornar alvo de políticas públicas e da preocupação dos gestores, galgando a conquista

de um patamar igualitário de aproximação ortodontia-saúde pública. O setor privado pode se encarregar de absorver a demanda das pessoas que buscam tratamento por motivos estéticos, enquanto os portadores de casos mais severos, que não podem arcar com os custos do tratamento, o receberiam via sistema público.

Má-oclusão dentária, do ponto de vista clínico, são alterações no posicionamento dos dentes e ossos maxilares, anomalias dentofaciais, mas não são condições agudas que requerem tratamento imediato e podem, ou não, predispor a outras doenças ou seqüelas. Somente as condições que desviam de uma oclusão aceitável e afetam realmente a saúde da pessoa é que se enquadram nessa classificação e seriam de interesse para a saúde pública.

As causas das más-oclusões, para Proffit (2002), são inespecíficas, pois sempre interagem, deixando que raramente um só fator as cause sozinho. Destacam-se, entre os agentes causadores e exacerbantes, a genética, hábitos musculares nocivos, hábitos de sucção digital ou de chupeta, respiração bucal ou respiração nasal prejudicada, postura anormal da língua em repouso ou durante a fala e traumatismos dentofaciais. As cáries também podem influenciar, levando à perda precoce dos dentes decíduos. Esse fator age mais sobre a população de baixa renda, causando perdas precoces dos dentes decíduos e permanentes (SILVA FILHO *et al.*, 2000), gerando impactações ou apinhamentos dos permanentes.

É notória a ausência de dados epidemiológicos confiáveis quanto aos problemas de más-oclusões dentárias na literatura, pois divergem consideravelmente de pesquisa para pesquisa, geralmente devido ao critério de classificação, à subjetividade adotada pelos pesquisadores e aos fatores socioeconômicos. Mas é sabido que tais agravos são considerados o problema de saúde que ocupa o terceiro lugar em prevalência entre as enfermidades bucais. Galvão *et al.* (1994) comentam que classificar e mensurar as más-oclusões é tarefa difícil, principalmente por se tratar de um país onde a miscigenação da população é imensa, uma vez que cada grupo populacional apresenta padrões faciais e bucais específicos. Todavia, todos os trabalhos mostram alta porcentagem de más-oclusões, raramente inferior a 50%.

Sob o aspecto social e cultural das doenças, as más-oclusões podem ser incluídas entre as alterações bucais que mais interferem na qualidade de vida da população, pois afetam a estética facial, causam prejuízos à mastigação, à fala, à interação social e diminuem o sentido de bem-estar. O aspecto estético

exerce grande influência na integração social dos indivíduos e as deformidades faciais causam mais impacto que as demais deformidades físicas (PERES *et al.*, 2002). Os indivíduos com melhor aparência dental são considerados pelos seus pares como mais inteligentes, além de mais bonitos, em relação às pessoas que apresentam algum tipo de problema oclusal, principalmente as faces com posicionamento incorreto dos incisivos (BALDWIN, 1980).

Entre as crianças, a percepção das desfigurações dentofaciais é extremamente relevante nos relacionamentos interpessoais, até mais do que as outras deficiências físicas. As questões culturais são decisivas neste aspecto, pois crianças e adultos têm uma tendência maior de rejeição a problemas crânio-faciais que, por exemplo, ao uso de uma cadeira de rodas ou outras deficiências.

Estudos no campo da psicossociologia indicam que a atratividade da face é fator preponderante na interação social. As pessoas com melhor aparência facial são consideradas mais ativas, mais amistosas e com maior facilidade de iniciar um relacionamento afetivo. E há evidências do efeito que a região oral detém sobre a estética facial como um todo e, conseqüentemente, nas relações interpessoais (SHAW, 1991). Kerosuo *et al.* (1995) relataram que, em um júri simulado, as pessoas com aparência facial melhor foram consideradas menos “culpadas” ou merecedoras de uma “pena mais leve”, quando comparadas com pessoas cujas faces eram consideradas pobres em estética. O impacto psicológico provocado por certas oclusopatias é tanto maior quanto mais severo for o problema, sempre evocando nas pessoas uma tendência a se tornarem caricaturas, ridículas aos olhos alheios e um estímulo às provocações. Essa agressão psicológica pode causar desordens no comportamento e desajustes na personalidade. E essas pessoas seriam mais resignadas e estóicas, comportando-se mais passivamente diante das situações desfavoráveis, como se a agressão social as moldasse e imobilizasse.

Shaw (1991) relatou que é de grande importância uma infância satisfatória com relações normais entre os colegas, para que se tenha uma vida futura com sucesso social e equilíbrio emocional. A rejeição por seus pares pode influenciar toda a vida futura da criança. Uma aparência facial particularmente influenciada pelos dentes, que evoque julgamentos sociais desfavoráveis, é muito importante para a estabilidade psicológica da criança, pois pode impor a ela situações que a marcarão.

A busca por terapia ortodôntica não pode ser considerada mera vaidade, mas uma resposta à avaliação social e ao conceito de estética, que varia de

indivíduo para indivíduo, e em diferentes populações, dependendo das tradições culturais (KEROSUO *et al.*, 1995; PERES *et al.*, 2002).

Não há dúvidas de que uma política pública de saúde bucal que inclua a ortodontia deva levar em conta os aspectos psicológicos, sociais e culturais que debilitam o indivíduo. O grau em que o fator má-oclusão causa danos ao indivíduo é proporcional ao grau de resposta negativa por parte das outras pessoas estigmatizadas e a pessoa vítima de uma estigmatização é tida como desacreditada socialmente. Foi também relatado na literatura (DAWSON, 1993) que o posicionamento incorreto dos dentes causaria desordens nas articulações têmporo-mandibulares, por alterar a posição do disco articular, aumentar o tônus dos músculos da mastigação, além de comprimir os tecidos articulares.

Os maxilares e os contatos dentários exercem influência física sobre o funcionamento dos músculos mastigatórios, sobre suas fibras, unidades motoras e estruturas circunvizinhas. Os distúrbios morfológicos e funcionais da boca influenciam a ação esqueleto-motora dos músculos da mastigação. Quando ocorre uma quebra do equilíbrio anatômico e neurológico da região, as dores orofaciais surgem como produto dessas alterações, que podem influenciar também a harmonia existente entre crânio e mandíbula e entre crânio e coluna cervical. Jones (1994) relatou um estudo que encontrou grande correlação estatística entre discrepâncias oclusais e disfunções têmporo-mandibulares. Também relatou forte relação entre a terapia oclusal e a diminuição de dores nas referidas articulações. Quando as discrepâncias oclusais coexistem com problemas articulares, o tratamento ortodôntico deve ser indicado, mas sempre observando o grau de influência do estresse nessa patologia, sendo este comumente ligado às disfunções articulares.

Jenny (1975) afirmou que o nível socioeconômico também é importante e influi na questão das más-oclusões, pois nem todas as famílias podem arcar com os custos de um tratamento ortodôntico, com especial ênfase para os grupos menos favorecidos. Comentou, ainda, que os indivíduos pertencentes a essas famílias devem ser avaliados não só sob o critério biológico, mas também sob o econômico, para possível acesso a tratamento nos sistemas públicos de saúde.

Muitas doenças afetam sobretudo os grupos sociais menos favorecidos, privados de acesso às políticas públicas de saúde e aos serviços particulares. Para Petersen (1990) e Moysés (2000), é convincente dizer que os mais pobres têm pior saúde dental que os mais ricos, embora não seja regra geral, pois a

associação entre pobreza e doenças dentais não é universal. Contudo, o *status* socioeconômico é decisivo no caso da demanda para tratamento. O acesso a este é prerrogativa das classes sociais mais privilegiadas que podem pagar pelos serviços, restando à população de baixa renda lutar pelas escassas fichas de consulta nas unidades públicas de saúde ou se “contentar” com a exclusão.

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

A exacerbada exclusão social por que passam hoje vários países em desenvolvimento, em especial o Brasil, faz com que haja reflexos em todos os setores. A cobertura de serviços odontológicos pelo setor público é elementar na maior parte dos estabelecimentos e os procedimentos cobertos são os de menor complexidade. O setor privado, apesar de imperar na oferta de serviços, absorve apenas uma pequena parte da população, que paga diretamente pelos serviços ou se enquadra dentro de planos de saúde, que em sua maioria não cobrem tratamentos ortodônticos, absurdamente por eles chamados “estéticos”. Assim a população de baixa renda, que não dispõe de planos odontológicos nem de recursos para comprar os serviços particulares, compõe um quadro de completo abandono e exclusão, pois não existe, em nível público, sequer uma menção à possibilidade de se oferecer tratamento ortodôntico para as más-oclusões deformantes, ou mesmo uma intervenção preventiva. Muitas pessoas precisam do tratamento, mas não podem pagá-lo.

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

Ortodontia: preventiva, interceptativa, curativa e estética

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

A ortodontia surgiu nos Estados Unidos no final do século passado. Foi desenvolvida por Edward Hartle Angle e se tornou a primeira especialidade da área odontológica. No que toca ao acesso da população, há alguns anos a elitização ainda era notória. Ter um aparelho nos dentes era símbolo de *status* social, modernidade e representava bom poder econômico. Hoje, apesar de o acesso estar mais democrático, os de mais baixa renda ainda têm que transpor muitas barreiras sociais para poder usufruir desse benefício.

É do conhecimento comum que muitos agravos relacionados à cavidade bucal são perfeitamente evitáveis ou preveníveis. O ramo da ortodontia que trata da prevenção das oclusopatias é a ortodontia preventiva, cujos objetivos seriam evitar o problema de más-oclusões, através da promoção da discussão de valores, saberes e crenças da população e do uso do conhecimento do profissional para o esclarecimento dos indivíduos alvos das ações de saúde (PROFFIT, 2002). Tais procedimentos são, portanto, passíveis de inclusão nas ações básicas do cirurgião-dentista que atua no Programa de Saúde da Família (PSF) ou em ambulatórios públicos, tornando-se quase que obrigatória sua inclusão em equipes de saúde pública bucal.

A ortodontia preventiva é de fácil aplicabilidade prática, tem baixo custo operacional e não requer a utilização de nenhum aparelho ortodôntico, sendo, na realidade, uma prevenção das más-oclusões dentárias. Segundo Bresolin (2000), muitas vezes já se transpôs os limites da ortodontia preventiva, quando o paciente requer uma intervenção mecânica precoce. Esta é chamada de ortodontia interceptativa, e consiste na extensão dos procedimentos preventivos. Para Herren (1970a), os procedimentos interceptativos são de grande importância na atenuação do problema, facilitando uma terapêutica secundária mais tarde. A interceptação minimiza a má-oclusão e ainda pode eliminar suas causas. Nimri e Richardson (2000) consideraram que a ortodontia interceptativa melhoraria as condições bucais das crianças, minimizando a necessidade ulterior de tratamento. A maior parte das ações interceptativas pode ser feita pelo

clínico geral, até mesmo nos consultórios do SUS, sem a necessidade de uma política de saúde especial para isso, pois são de baixo custo e demandam menor dificuldade na sua execução.

O tratamento de desarmonias esqueléticas e outros fatores complicadores da função dentofacial – como ausência geral de espaço para os dentes, espaçamento generalizado, projeção anterior acentuada dos dentes, entre outros – requerem um tratamento total, pela ortodontia corretiva convencional. Embora esse tratamento devesse ser incluído no rol dos demais executados no serviço público de saúde, devem ser observados vários fatores (oclusais, psicológicos e econômicos) para que se investigue se o paciente realmente necessita recebê-lo, pois muitas vezes o anseio do paciente em receber o tratamento se deve a fatores estéticos. Quando as más-oclusões oferecerem implicações na vida do indivíduo além da estética, como dificuldades de inserção social, o problema deve figurar entre as ações de saúde pública (MACIEL, 2003). Se os objetivos do tratamento são puramente estéticos, o setor privado deverá se encarregar de executá-lo.

Os critérios de triagem para tratamento ortodôntico no serviço público de saúde

O financiamento para o tratamento ortodôntico, mesmo nos países desenvolvidos e ricos, é assunto que gera grande discussão. Cada país adota seu próprio sistema, que varia desde o financiamento completo a uma total privatização, com a absorção desses custos inteiramente por parte da família, passando por sistemas mistos e co-financiados que cobrem parcialmente certos casos ou totalmente os mais complexos.

A ortodontia está ligada ao serviço público de saúde de vários países, como Dinamarca, Finlândia, Grã Bretanha, Holanda e Suécia, onde é subsidiada pelo governo. Entretanto, os pacientes usuários são submetidos a uma aplicação de índices classificatórios das más-oclusões, de acordo com a necessidade de tratamento apresentada, o que os seleciona de acordo com a gravidade do caso (JANVINEN, 2001). Apesar de o acesso à ortodontia ser gratuito para todos nesses países, não são cobertos tratamentos de casos simples ou por motivos somente estéticos. Se o sistema público de saúde dos países mais pobres, inclusive o Brasil, inserirem o tratamento ortodôntico nas políticas de saúde pública, as restrições devem ser ainda maiores, devido à maior carência de recursos.

Dos índices adotados para a escolha do paciente que realmente necessita do tratamento, um dos mais completos e usados hoje, em todo o mundo, é o OITN (ERTUGAY; ÜÇÜNGÜ, 2001; HUNT *et al.*, 2002). Este método é dos mais objetivos para se medir uma má-oclusão. O OITN foi descrito por Shaw e Brook em 1989 e modificado por Richmond em 1990, quando ganhou reconhecimento internacional como método de classificar objetivamente a necessidade de tratamento ortodôntico. O índice classifica as más-oclusões de acordo com sua gravidade, na intenção de identificar as pessoas que serão mais beneficiadas pelo tratamento (JANVINEN, 2001; ERTUGAY; ÜÇÜNGÜ, 2001). O OITN está composto por duas partes: um Índice Estético, *Aesthetic Index* (AI) e o Índice de Saúde Dental, *Dental Health Component* (DHC) que, para Hunt *et al.* (2002), podem ser aplicados de maneira independente.

As más-oclusões são divididas em cinco níveis: os níveis 1 e 2 representam, respectivamente, nenhuma necessidade de tratamento ou uma leve necessidade; o nível 3 é fronteiro entre necessidade ou não de um tratamento; níveis 4 e 5 denotam grande necessidade de tratamento ortodôntico (BURDEN *et al.*, 2001; ERTUGAY; ÜÇÜNGÜ, 2001).

Os critérios clínicos não são capazes de avaliar o impacto social das oclusopatias na qualidade de vida das pessoas, pois se restringem ao âmbito estético e funcional. Os critérios clínicos e/ou epidemiológicos para diagnóstico das más-oclusões subestimam inclusive o fator sociológico (KROOCHER *et al.*, 2001; PERES *et al.*, 2002). Há, porém, forte indício de que os tempos mudaram. A tendência agora, em países onde se pratica o bem-estar social e a ortodontia é oferecida pelo setor público, é a da observação do paciente como um todo, o indivíduo inserido na sociedade. Os governos internacionais vêm priorizando o tratamento das más-oclusões, por causa do declínio das cáries *vis-à-vis* o impacto social daquelas, e acoplado à classificação das más-oclusões, são utilizados questionários definidores do *status* psicossocial do pretendente ao tratamento (RICHMOND *et al.*, 2001).

Sheiham (2000) fez um relato sobre Impactos Odontológicos no Desempenho Diário (IODD), elaborado e utilizado pelo Departamento de Epidemiologia e Saúde Pública do University College London. Esse índice se baseia na Classificação Internacional de Comprometimentos, Incapacidades e Deficiências da OMS, criado em 1980 e modificado por Lockerem em 1988 para uso em Odontologia. No questionário são analisados oito critérios, correspondentes ao impacto da estética e fisiologia bucal na vida do paciente.

Para a obtenção dos escores, cada critério tem um valor, em intensidade, conferido pelo paciente, e o paciente confere, também, a cada um desses itens, numa escala de 0 a 5, a frequência com que o referido problema o atrapalha. Esses valores são multiplicados um pelo outro em cada critério, e se obtém o escore final.

O histórico da equidade e a equidade histórica na Clínica Ortodôntica da UFJF

A UFJF, fundada em dezembro de 1960, é o principal pólo formador de profissionais da Zona da Mata mineira. A universidade oferece 40 cursos nas diferentes áreas do conhecimento, além de oferecer vários cursos de especialização, cursos de mestrado e de doutorado. Vinculados à universidade há ainda o Colégio de Aplicação João XXIII e o Colégio Técnico Universitário. O total de alunos matriculados na instituição era de 13.316, em 2001, segundo o *Anuário Estatístico de Juiz de Fora* (2002).

A universidade, além de introduzir o aluno na vida acadêmica com o ensino, é voltada para a pesquisa, onde existem atualmente 58 núcleos nas mais diferentes áreas, e para a extensão, que abre suas portas para a comunidade. Serviços diretos são prestados à população, especificamente na área da saúde, com destaque para o Hospital Universitário e para a Faculdade de Odontologia. Esta oferece à população serviços nas diferentes áreas odontológicas, e são oferecidos ainda oito cursos de especialização: Odontologia em Saúde Coletiva, Endodontia, Implantodontia, Prótese, Radiologia, Dentística, Odontogeriatrics, Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais e Ortodontia e Ortopedia Facial.

Nas clínicas de especialização e graduação são atendidos funcionários e alunos da UFJF, além de pessoas da comunidade. O ingresso para o tratamento em qualquer clínica da graduação fica condicionado à apresentação de um encaminhamento (para controle de referência e contra-referência) de um cirurgião-dentista da rede pública. O formulário é preenchido pelo profissional, que direciona o paciente para uma clínica específica. Nas clínicas das especializações, a entrada para tratamento fica a critério do próprio curso, o que pode, às vezes, gerar uma realidade excludente e iníqua. Esse problema não vem ocorrendo na CO-UFJF, pois o sistema de triagem foi modificado em 2003.

Por ser uma prestadora marginal de serviços de saúde, a faculdade é conveniada ao SUS, de quem recebe repasse financeiro referente aos procedimentos executados nas clínicas de graduação. Esse sistema é falho, pois a tabela apresenta valores defasados, demasiadamente baixos e são constantes os atrasos no repasse da verba, o que prejudica o bom funcionamento do atendimento. A UFJF não pode arcar sozinha com a responsabilidade dessa transformação sanitária. Tampouco a CO pode assumir o ônus da solução de todos os problemas de mau posicionamento dentário. Deve ser enfatizado que o principal objetivo da clínica é o ensino e formação de recursos humanos; entretanto, está havendo um esforço comum para que sejam minimizados os problemas bucais da população mais necessitada. Garantir o acesso da clientela de baixa renda e que apresenta grande necessidade de tratamento é uma forma inequívoca de prática dos direitos à saúde garantidos pela Constituição Federal. E somará o papel social ao já relevante posto de centro de excelência em formação profissional representado pela CO.

Procedimentos ortodônticos interceptativos e preventivos são feitos pelos alunos de graduação nas clínicas de Odontopediatria I e II e Ortodontia II; paralelamente, pais e pacientes são esclarecidos sobre as causas e conseqüências das más-oclusões, consolidando a prática da prevenção e interceptação das mesmas.

A ortodontia curativa é praticada desde a criação, em 1999, do Curso de Especialização em Ortodontia e Ortopedia Facial. Os pacientes, em número crescente, são atendidos regularmente pelos pós-graduandos. O serviço cobre uma clientela, em geral de baixo nível socioeconômico e que, impossibilitada de arcar com os custos de um tratamento particular, enfrenta grandes filas de espera. O tratamento não é completamente gratuito, mas não deixa de ser uma oportunidade para as pessoas de baixa renda que precisam sofrer intervenção ortodôntica. Embora o objetivo da clínica seja formar especialistas, e esta não tenha finalidade lucrativa nem ligação com o SUS ou rede pública de saúde, os atendimentos ali realizados são direcionados para uma ação social. A otimização do funcionamento vem acontecendo com a triagem de pacientes, que passou a priorizar os casos mais graves e os dependentes do sistema público de saúde.

Mesmo sendo um programa co-financiado (aluno-universidade-paciente), já contribui para a diminuição das iniquidades de acesso à saúde bucal. Os pacientes indicados para a CO, ao iniciarem o tratamento, são examinados pelo aluno de especialização, que preenche uma ficha clínica de

consulta com seus dados pessoais, endereço, sexo, profissão, escolaridade e referência, assim como os dados de seus responsáveis. Em seguida, com um exame clínico minucioso o profissional constata o estado geral de saúde bucal do paciente.

O paciente, orientado pelo cirurgião-dentista, responde, na etapa seguinte, a um questionário psicossocial, parte do IODD, que versa sobre sua autopercepção quanto à má-oclusão, intenção e vontade de realizar o tratamento e os motivos subjetivos que o levaram a decidir se tratar na clínica - se foi por problemas de inserção social, problemas de disfunções orais ou questões de auto-estima. O instrumento visa a informar ao profissional se há forte motivação, por parte do paciente, para o tratamento.

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

A assistente social da FO-UFJF analisa, então, as condições socioeconômicas do indivíduo, em entrevista com o próprio paciente ou com seus pais, se o mesmo for dependente, e preenche a ficha de análise socioeconômica. São feitas observações quanto à renda da família, situação profissional do paciente ou dos seus pais (se dependente) e despesas ordinárias mensais, sejam com aluguel, supermercado, educação e transporte (são subjetivamente relatadas pelo paciente e comprovadas, se possível), número de moradores na residência e condições de vida. Os pacientes são classificados de acordo com sua condição socioeconômica.

Critérios preestabelecidos irão classificar os pacientes quanto aos fatores: biológico (gravidade da má-oclusão), psicossociais (sua vontade de tratar e melhorar sua imagem) e, por fim, o econômico (sua impossibilidade de se submeter a um tratamento particular). Todavia, o mérito da iniciativa deve ser exaltado, uma vez que na região de Juiz de Fora a CO-UFJF constitui o único meio de que os indivíduos menos favorecidos economicamente dispõem para receber um tratamento ortodôntico em uma instituição pública. Tanto na CO/FO/UFJF, como poderia ser no setor público, o sistema de triagens respeita

o paciente e vem sendo importante avanço junto à equidade, dando a cada um, o acesso ao tratamento, de acordo com sua necessidade.

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

O acesso igualitário depende de uma seleção para tratamento não excludente, mas que definirá prioridades. Dada a escassez de recursos para o financiamento de tais ações, a triagem define a severidade dos casos para tratamento e os mais graves teriam preferência em detrimento de outros que poderão ser tratados mais tarde. A clientela beneficiada pode representar pouco em um universo de grandes desigualdades e necessidades a elas equivalentes, mas, em contrapartida, é uma proposta exequível, um ideal atingível que pode, além de continuar atendendo a dezenas de pessoas, direcionar esse benefício para onde houver maiores necessidades, sejam elas de ordem econômica, social ou biológica. Os serviços ortodônticos da UFJF são modelo não só na prática profissional, mas em política de saúde bucal.

No Brasil, a escassez de recursos faz com que as triagens e escolhas de pacientes para tratamento ortodôntico, via sistema público ou afins, sejam muito mais minuciosas e priorizem aquele de mais baixa renda, mais desassistido, SUS-dependente e com os problemas oclusais mais severos que ajudam a excluí-lo da sociedade. Faz-se mister, então, observar os indicadores psicossociais, socioeconômicos, biológicos da clientela que se candidata a receber tais serviços. A análise desses indicadores será fundamental, pois impedirá que pacientes com melhor poder aquisitivo e com possibilidade de compra de serviços particulares consiga o tratamento, deixando fora deste uma clientela cuja única possibilidade de receber a terapia ortodôntica é representada pelo serviço público (MACIEL, 2003). Esse ideal norteou a criação de um modelo de triagem - descrito a seguir - que logo foi encampado pela UFJF e vem sendo empregado com sucesso.

A proposição de um modelo de triagem

Desenvolvido por Maciel (2003) e desde então utilizado na UFJF, o modelo foi tema da dissertação de mestrado em Saúde Coletiva defendida no IMS/UERJ. O modelo consta de cinco critérios de triagem nos quais os usuários serão avaliados e receberão um escore final classificatório.

Os alunos do Curso de Especialização em Ortodontia, calibrados e supervisionados por um professor, classificam os pacientes de acordo com o OITN, considerando, segundo esse método, os casos identificados como pertencentes aos níveis 4 e 5 como prioritários, e os demais só poderão ter acesso à terapia ortodôntica caso haja vagas suficientes, ou se os outros critérios se apresentarem relevantes. O paciente receberá na análise clínica um escore proporcional à gravidade de seu caso estabelecido pela aplicação do OITN. Nessa escala, a pontuação deve variar de 1 a 5, de acordo com o grau do OITN. Quanto maior for a necessidade do indivíduo relacionada ao tratamento, maior será seu escore e suas chances de consegui-lo, conforme mostra o quadro 1.

Quadro 1 - Pontuações referentes à classificação do OITN

OITN	Pontuação
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

A observância dos padrões funcionais bucais, padrões fonológicos e condições da articulação têmporo-mandibular colocará a clientela em ordem de prioridade de tratamento de acordo com as disfunções apresentadas. Quanto maior for a interferência do posicionamento dos dentes na fisiologia oral normal, inclusive distúrbios articulares, maior será o escore atribuído ao paciente. Entretanto, os fatores mastigação, fala e deglutição prescindirão às disfunções na ATM em importância, por estarem mais evidentemente relacionados às má-oclusões (quadro 2).

Quadro 2 - Pontuação referente às implicações funcionais constatadas no exame clínico

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

Os pacientes, seus pais ou responsáveis, por ocasião da entrevista com o especializando, confirmam sua procedência e receberão um escore proporcional à sua origem. A ordem de prioridades neste quesito deve ser: 1) pacientes já em tratamento em outras clínicas da faculdade; 2) pacientes vindos do SUS; 3) demanda espontânea; 4) funcionários e alunos da faculdade; 5) referenciados pelo serviço particular (quadro 3). Os últimos assim foram classificados, pois vêm de uma consulta com profissional da rede privada, o que mostra que, de certa forma, a família dispõe de meios de acesso aos serviços odontológicos, não se encontrando à margem do sistema de saúde. Os pacientes já em tratamento na faculdade e os indicados pelo SUS merecem atenção diferenciada para que se dê continuidade ao tratamento, observando-se a integralidade das ações de saúde.

Quadro 3 - Pontuação dos pacientes quanto à origem

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

Os pacientes serão entrevistados pela assistente social para a averiguação de seu nível socioeconômico. A prioridade deve ser dada à clientela com ganhos familiares mensais que a coloquem no grupo SUS-dependente. O escore estabelecido aqui deve ser inversamente proporcional à renda líquida

familiar. Quanto mais baixa for a renda, maior é a pontuação do indivíduo, prestigiando a clientela de menor poder aquisitivo (quadro 4).

Quadro 4 - Pontuação do paciente quanto à renda familiar

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

O IODD, por se tratar de um questionário de reconhecimento internacional, especificamente destinado a medir o impacto social das más-oclusões e possuir validação epidemiológica, está sendo utilizado na CO-UFJ. Um escore deve ser estabelecido, de acordo com o impacto social diário de cada item constante no setor 3 do IODD. Uma vez obtido o total de pontos do paciente e estabelecida a porcentagem do impacto das más-oclusões nas ações diárias, deve-se atribuir ao paciente sua pontuação de acordo com esse percentual (quadro 5).

Quadro 5 - Pontuação do paciente quanto ao impacto social das más-oclusões

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

Os escores dos itens: OITN, origem, renda, disfunções orais e de fala e avaliação psicossocial serão somados e os pacientes classificados em uma escala de prioridades. Se houver dois indivíduos com a mesma pontuação, o desempate deverá obedecer aos pontos obtidos na seqüência acima citada. Por mais simplista que pareça a sugestão, ela é exequível e tomou por base um estudo de campo sobre a própria clientela usuária dos serviços para os quais a triagem será feita (MACIEL; KORNIS, 2003).

Considerações finais

A questão da ortodontia no SUS merece ser mais discutida, pois parece não haver dúvidas de que o tópico é uma questão de saúde pública. Seja pela importância biológica, psicossocial e econômica das máis-oclusões dentárias ou devido ao advento do controle das cáries, o tratamento e a interceptação das máis-oclusões, cedo ou tarde, passarão a figurar entre as ações de saúde bucal no sistema público, como já acontece em vários países, desenvolvidos ou em desenvolvimento. Porém, há que se ressaltar a necessidade de um sistema de seleção da clientela beneficiada, sistema esse que garanta a equidade e respeite a universalização. Se até os países ricos impõem condições para o oferecimento de serviços ortodônticos pelo setor público, num país como o Brasil, onde os recursos são mais escassos, a triagem deve figurar como a principal ferramenta dessa inclusão. A CO-UFJF, com o modelo aqui proposto, já está na vanguarda da democratização no ingresso de sua clientela, servindo de exemplo às outras instituições e como matriz ao incentivo aos gestores para a formulação de novas políticas públicas de saúde bucal.

O curso de especialização em ortodontia de uma universidade pública poderá ser o elo entre os serviços ortodônticos e a saúde coletiva. Sob a observância da situação da saúde bucal do país como um todo, e fazendo-se um recorte para a atenção ortodôntica, o mínimo que se faça será o máximo em resultados. Num sistema ainda excludente, apresentando os inúmeros problemas já discutidos aqui, a possibilidade da garantia de um acesso igualitário há de ser bem-vinda.

Com o novo sistema de triagem, as injustiças são mais raramente cometidas e a integralidade nas ações, a equidade no acesso e a universalidade dos serviços são respeitadas, contribuindo de forma incipiente, mas efetiva, para a diminuição das desigualdades sociais e para a promoção do bem-estar da população de Juiz de Fora e região, podendo ainda ser um exemplo para outras instituições ou divisões de saúde.

Uma pequena contribuição para se praticar esses direitos pode ser a inserção da ortodontia nos programas públicos de saúde bucal, que seria um caminho a mais, levando ao bem-estar social. A inclusão poderia ocorrer com a interação entre centros de ensino e setores públicos de saúde. Isso não significaria priorizar a terceira condição mórbida que acomete a boca em prevalência, em detrimento de uma mais prevalente - a cárie. Essa sugestão remete a um modelo de atenção renovado, com a coexistência de várias frentes de ação, na

transformação da integralidade em prática adequada às necessidades da comunidade e às profundas transformações epidemiológicas por que passa e ainda vai passar a população brasileira.

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

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

A despeito da referência de excelência em ensino e da referência em prestação de serviços, a entrada para tratamento na CO-UFJF foi reestruturada, de modo a equivaler à importância social da referida entidade, importância essa secundária mas inegável. O uso dos critérios relatados neste artigo fez com que os pacientes usuários do serviço daquela instituição tivessem sua integralidade no tratamento garantida, o mesmo podendo acontecer com os usuários dos serviços públicos de saúde, se o exemplo da FO-UFJF for seguido.

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

Referências

ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE JUIZ DE FORA 2002. Juiz de Fora: Centro de Pesquisas Sociais da UFJF, 2002.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 267, de 6 de março de 2001. *Diário Oficial da União* n. 119. Brasília, 6 mar. 2001.

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

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

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (Brasil). Conferência Nacional de Saúde, 2., 1993. *Relatório final*. Brasília: CFO, 1993.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MACIEL, S. M. *A promoção da equidade na triagem de usuários da clínica ortodôntica da UFJF: elementos para uma política de saúde bucal renovada*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.

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

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

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

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

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

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

PROFFIT, W. R. *Ortodontia contemporânea*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

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

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

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

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

VIANNA, M. L. W. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

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

NOTAS

* Cirurgião-dentista; professor assistente no Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Juiz de Fora; especialista em Ortodontia pela Faculdade de Odontologia da UFJF; mestre e doutorando em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ. Endereço eletrônico: murta@icb.ufjf.br.

** Economista; mestre e doutor em Economia pelo Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, professor adjunto no Departamento de Planejamento e Administração de Saúde do IMS-UERJ. Endereço eletrônico: kornis@uerj.br.

¹ Este artigo é parte da dissertação de mestrado defendida no IMS-UERJ em 2003, na área de concentração em Políticas, Planejamento e Administração em Saúde.

ABSTRACT

Orthodontics in oral public health policies: an example of equity in Juiz de Fora Federal University

Due to the great prevalence of malocclusions; to the great epidemic transformation of oral health, with the decreased number of decays, and based on the principles of the Brazilian Constitution of integrality and equity, it became necessary to incorporate orthodontics procedures in public health care. In this sense, one suggestion would be the use of services offered by public universities, which, besides forming human resources, give rise to parallel social policies. This paper shows the example of the Juiz de Fora Federal University's orthodontic clinic, a regional reference pole in oral health, and the role it plays in the services rendered to the population. It evinces the different facets of malocclusions that have bad influence on people's lives, in social, psychological, and biological aspects, and reviews the history of oral health in Brazil, concerning orthodontic care, which by its own importance and by legal rights should be included in the health services provided by the Unified Health System. The text proposes an ideal screening system for such cases, comprising economical, biological and psycho-social criteria, gathering oral health and equity.

Key words: Orthodontics; public policies; oral health; inclusion; orthodontic clinic.