

Más oclusões em adolescentes brasileiros: comparação entre os dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010 com a de 2023 e perspectivas para a ampliação do tratamento ortodôntico no Sistema Único de Saúde (SUS)

Malocclusions in Brazilian adolescents: comparison between data from the 2010 and 2023 National Oral Health Surveys and perspectives for expanding orthodontic treatment in the Unified Health System (SUS)

Maloclusiones en adolescentes brasileños: comparación entre los datos de la Encuesta Nacional de Salud Bucal de 2010 y de 2023, y perspectivas para la ampliación del tratamiento ortodóncico en el Sistema Único de Salud (SUS)

Recebido: 31/08/2025 | Revisado: 05/09/2025 | Aceitado: 05/09/2025 | Publicado: 06/09/2025

Luis Felipe Pupim dos Santos¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2110-7360>
Universidade Brasil, Brasil
E-mail: luis.santos@ub.edu.br

Victória Rotta Volpi²

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-8764-054X>
Especialista em Ortodontia, Brasil
E-mail: victoria.rotta.volpi@outlook.com

José Antônio Santos Souza¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8606-8257>
Universidade Brasil, Brasil
E-mail: joseantoniosouza.JASS@gmail.com

Danielly Marcatto Azevedo¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4645-5375>
Universidade Brasil, Brasil
E-mail: danielly.azevedo@ub.edu.br

Artênia José Ísper Garbin³

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7017-8942>
Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Brasil
E-mail: ajig@unesp.br

Luciana Estevam Simonato¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6413-5479>
Universidade Brasil, Brasil
E-mail: luciana.simonato@ub.edu.br

Samuel Lucas Fernandes¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0520-9252>
Universidade Brasil, Brasil
E-mail: samuel.fernandes@ub.edu.br

Resumo

As más oclusões constituem um dos principais agravos em saúde bucal, com impactos funcionais, estéticos e psicossociais, especialmente na adolescência. O objetivo deste trabalho é comparar e analisar a prevalência das más oclusões entre adolescentes brasileiros de 12 anos e de 15 a 19 anos, com base nos dados das edições de 2010 e 2023 do Projeto SB Brasil, e discutir as possibilidades de ampliação do acesso ao tratamento ortodôntico no SUS. Trata-se de um estudo descritivo, com análise de dados secundários obtidos dos relatórios do SB Brasil 2010 e 2023. Aos 12 anos, observou-se estabilidade na proporção de adolescentes sem oclusopatias, com redução dos casos definidos e graves, mas aumento nos muito graves (de 7,1% para 11,69%). Na faixa de 15 a 19 anos, houve aumento da ausência de oclusopatia (de 65,1% para 67,1%) e redução nos casos muito graves (de 10,3% para 8,25%). Apesar da

¹ Universidade Brasil - Curso de Odontologia- Câmpus de Fernandópolis-SP, Brasil.

² Especialista em Ortodontia, Brasil.

³ Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" - Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA-UNESP), Brasil.

estabilidade nos indicadores nacionais, as variações regionais indicam desigualdade no acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento ortodôntico. A ampliação da cobertura por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), com maior financiamento federal e triagens baseadas em critérios clínicos e sociais, é essencial para garantir o princípio da equidade em saúde bucal no SUS.

Palavras-chave: Ortodontia; Saúde Pública; Maloclusão; Adolescente.

Abstract

Malocclusions represent one of the main oral health conditions, with functional, aesthetic, and psychosocial impacts, especially during adolescence. This study aims to compare and analyze the prevalence of malocclusions among Brazilian adolescents aged 12 and 15–19 years, based on data from the 2010 and 2023 editions of the SB Brasil Project, and to discuss the possibilities for expanding access to orthodontic treatment within the Brazilian Unified Health System (SUS). This is a descriptive study, based on secondary data extracted from the SB Brasil 2010 and 2023 reports. At age 12, a stability in the proportion of adolescents without occlusal alterations was observed, along with a reduction in defined and severe cases, but an increase in very severe cases (from 7.1% to 11.69%). In the 15–19 age group, there was an increase in the absence of malocclusions (from 65.1% to 67.1%) and a reduction in very severe cases (from 10.3% to 8.25%). Despite the stability in national indicators, regional variations reveal inequalities in access to early diagnosis and orthodontic treatment. Expanding service coverage through the Dental Specialty Centers (CEOs), with increased federal funding and triage protocols based on clinical and social criteria, is essential to ensure the principle of equity in oral health care within the SUS.

Keywords: Orthodontics; Public Health; Malocclusion; Adolescent.

Resumen

Las maloclusiones constituyen uno de los principales problemas en salud bucal, con repercusiones funcionales, estéticas y psicosociales, especialmente en la adolescencia. El objetivo de este trabajo es comparar y analizar la prevalencia de las maloclusiones entre adolescentes brasileños de 12 años y de 15 a 19 años, con base en los datos de las ediciones 2010 y 2023 del Proyecto SB Brasil, y discutir las posibilidades de ampliación del acceso al tratamiento ortodóncico en el SUS. Se trata de un estudio descriptivo, con análisis de datos secundarios obtenidos de los informes del SB Brasil 2010 y 2023. A los 12 años, se observó estabilidad en la proporción de adolescentes sin oclusopatías, con reducción de los casos definidos y graves, pero incremento en los muy graves (del 7,1% al 11,69%). En el grupo de 15 a 19 años, hubo un aumento de la ausencia de oclusopatía (del 65,1% al 67,1%) y una reducción en los casos muy graves (del 10,3% al 8,25%). A pesar de la estabilidad en los indicadores nacionales, las variaciones regionales señalan desigualdad en el acceso al diagnóstico precoz y al tratamiento ortodóncico. La ampliación de la cobertura mediante los CEOs, con mayor financiamiento federal y cribados basados en criterios clínicos y sociales, resulta esencial para garantizar el principio de equidad en salud bucal en el SUS.

Palabras clave: Ortodoncia; Salud Pública; Maloclusión; Adolescente.

1. Introdução

A saúde bucal é componente essencial da saúde geral e do bem-estar, exercendo influência direta sobre a qualidade de vida dos indivíduos (Moimaz et al., 2022). Entre os diversos agravos que acometem a cavidade bucal, as más oclusões se destacam por sua alta prevalência e impacto funcional, estético e psicossocial, especialmente durante a infância e adolescência (Marques et al., 2005; Nalcaci et al., 2012). Embora não representem, a princípio, uma condição patológica como a cárie ou a doença periodontal, as más oclusões estão classificadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o terceiro principal problema de saúde bucal, refletindo sua importância clínica e epidemiológica (Organização Mundial de Saúde, 1999).

Alterações na conformação das arcadas dentárias e do esqueleto craniofacial podem afetar funções importantes do sistema estomatognático, repercutindo não apenas na saúde bucal, mas também na aparência física e na autoestima dos indivíduos (Moreira et al., 2015). Nas últimas décadas, observou-se um aumento global da valorização da estética, porém as más oclusões não impactam somente a aparência: elas comprometem significativamente funções como mastigação, deglutição e fala. Além disso, desalinhamentos dentários podem dificultar a higiene bucal, favorecendo o surgimento de cáries e doenças gengivais, como a gengivite (Correia et al., 2022).

Considerando sua alta prevalência, a possibilidade de intervenção e seu impacto em saúde pública, torna-se fundamental realizar levantamentos epidemiológicos que investiguem as condições oclusais em adolescentes (Nalcaci et al., 2012). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), adolescentes são definidos como aqueles com idade entre 10 e 19

anos, grupo que corresponde a cerca de um quinto da população mundial (World Health Organization, 2003). Essa fase da vida é comumente reconhecida como o momento ideal para o início do tratamento ortodôntico (Fleming, 2017), além de representar um período essencial para o desenvolvimento da identidade e personalidade. Como a estética dentária e facial influencia fortemente a autoestima nessa faixa etária, a má oclusão, quando não tratada, pode gerar repercussões físicas, emocionais e sociais, afetando negativamente a qualidade de vida desses jovens (Borges et al., 2010).

Os levantamentos epidemiológicos em saúde bucal são ferramentas essenciais para compreender o panorama das condições bucais da população, subsidiando o planejamento e a formulação de políticas públicas (Roncalli et al., 2012). No Brasil, o Projeto SB Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde Bucal), conduzido pelo Ministério da Saúde, realizou grandes inquéritos nacionais nos anos de 2003, 2010 e 2023, fornecendo dados relevantes sobre cárie dentária, doença periodontal, necessidade de prótese e também sobre a ocorrência de más oclusões em diferentes faixas etárias (Roncalli et al., 2012).

Na última década, o Brasil vivenciou transformações sociais, econômicas e sanitárias que influenciaram o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, incluindo os de atenção odontológica. A pandemia de COVID-19, por exemplo, gerou retrocessos em diversas áreas da saúde. Por outro lado, políticas públicas voltadas à ampliação da cobertura em saúde bucal, por meio da Estratégia Saúde da Família e do fortalecimento da Atenção Básica, buscaram mitigar desigualdades regionais e socioeconómicas (Brasil, 2015). Apesar de existir na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS), a grande maioria dos municípios do Brasil não oferecem tratamento ortodôntico pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Neste contexto, a análise comparativa dos dados sobre más oclusões obtidos nas edições de 2010 e 2023 do SB Brasil é fundamental para avaliar os avanços, retrocessos e persistências no padrão de ocorrência dessa condição, entre adolescentes de 12 anos, e dos 15 aos 19 anos. Tal análise contribui para a compreensão dos determinantes sociais envolvidos, da evolução dos indicadores de más oclusões, e de seu panorama atual no Brasil.

Desta maneira, o objetivo deste trabalho é comparar e analisar a prevalência das más oclusões entre adolescentes brasileiros de 12 anos e de 15 a 19 anos, com base nos dados das edições de 2010 e 2023 do Projeto SB Brasil, e criar reflexões e alternativas sobre as possibilidades de melhoria na cobertura de tratamentos ortodônticos no Sistema Único de Saúde (SUS).

2. Metodologia

Este é um estudo descritivo de natureza qualitativa e quantitativa (Pereira et al., 2018) que se baseou na análise de dados secundários oriundos dos levantamentos epidemiológicos nacionais em saúde bucal promovidos pelo Ministério da Saúde do Brasil nos anos de 2010 (Brasil, 2014) e 2023 (Brasil, 2024), denominados SB Brasil 2010 e SB Brasil 2023. Esses inquéritos tiveram como finalidade avaliar as condições de saúde bucal da população brasileira, utilizando uma metodologia sistematizada e rigorosa, com amostras representativas em âmbito nacional, abrangendo diferentes faixas etárias e diversos indicadores de saúde bucal.

Os levantamentos de 2010 e 2023 do SB Brasil utilizaram o Dental Aesthetic Index (DAI) para avaliar a presença de oclusopatias, desenvolvido por Cons et al. (1989), para avaliar a presença de oclusopatias na dentição permanente de adolescentes com 12 anos e entre 15 e 19 anos, conforme estabelecido na 4^a edição do Manual da Organização Mundial da Saúde, publicada em 1997 (World Health Organization, 1997).

O DAI baseia-se na combinação de diferentes medidas não restritas apenas aos aspectos oclusais que, conjuntamente, expressam a condição oclusal do indivíduo e sua respectiva necessidade de tratamento ortodôntico. Essa abordagem leva em consideração não apenas fatores funcionais, mas também o impacto estético associado à má oclusão.

No total, o índice contempla dez medidas agrupadas em três dimensões principais: Dentição: número de incisivos, caninos e pré-molares ausentes nas arcadas superior e inferior; Espaço: inclui apinhamento e espaçamento do segmento incisal, presença de diastema, desalinhamento anterior da maxila e da mandíbula; Oclusão: envolve sobressaliência maxilar anterior, sobressaliência mandibular anterior, mordida aberta anterior e relação ântero-posterior molar.

Para a classificação do estado oclusal com base no DAI, atribuem-se pesos específicos a cada medida, conforme o modelo de regressão desenvolvido por Jenny e Cons (1996). A soma ponderada dessas medidas, acrescida de uma constante fixa (13), resulta no escore final do índice, que indica a gravidade da má oclusão e a necessidade de intervenção ortodôntica. A classificação dos participantes foi realizada adotando-se os seguintes pontos de corte: oclusão normal ou pequenos problemas oclusais (escore ≤ 25), maloclusão definida (escore entre 26 e 30), maloclusão grave (escore entre 31 e 35) e maloclusão muito grave (escore ≥ 36). Quanto à necessidade de tratamento de acordo com a classificação, em oclusão normal é "sem necessidade ou tratamento leve", em maloclusão definida é "eletivo", em maloclusão grave é "altamente desejável", e em maloclusão muito grave é "obrigatório".

As informações utilizadas neste estudo foram extraídas dos relatórios finais dos levantamentos SB Brasil 2010 e SB Brasil 2023, ambos de acesso público por meio do site oficial do Ministério da Saúde. Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas com o objetivo de facilitar a comparação entre os dois períodos analisados. A análise foi conduzida de maneira descritiva, por meio da comparação das médias dos índices e das prevalências das condições investigadas nos anos de 2010 e 2023, tanto nacionalmente quanto nas macrorregiões.

Por se tratar de um estudo baseado exclusivamente em dados secundários, de domínio público, sem a coleta de informações primárias ou identificação de participantes, não houve necessidade de submissão ao comitê de ética em pesquisa.

Além da análise descritiva dos dados epidemiológicos sobre as más oclusões, esta pesquisa incorporou uma perspectiva crítica voltada à saúde pública, com o intuito de interpretar os resultados à luz dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, foram consideradas variáveis contextuais extraídas de políticas nacionais de saúde bucal, marcos normativos do Ministério da Saúde e dados secundários da literatura científica sobre equidade, financiamento e acesso aos serviços especializados, em especial à ortodontia. A discussão foi estruturada de forma a integrar a análise epidemiológica com os determinantes sociais e institucionais que influenciam o acesso à atenção ortodôntica no Brasil, destacando as limitações do modelo atual e possíveis caminhos para sua ampliação no SUS.

Quadro 1 - Pesos atribuídos às medidas do Índice de Estética Dental para obtenção do escore do índice Dental Aesthetic Index (DAI). SB Brasil 2023.

Medida do DAI	Peso
Número de incisivos, caninos e pré-molares ausentes na arcada superior e inferior	6
Apinhamento no segmento incisal	1
Espaçamento no segmento incisal	1
Diastema incisal (em mm)	3
Desalinhamento anterior maxilar (em mm)	1
Desalinhamento anterior mandibular (em mm)	1
Sobressaliência maxilar anterior (em mm)	2
Sobressaliência mandibular anterior (em mm)	4
Mordida aberta vertical anterior (em mm)	4
Relação molar ântero-posterior	3
Constante	13

Fonte: SB Brasil (2023).

3. Resultados

No panorama nacional, o percentual de adolescentes de 12 anos sem oclusopatia manteve-se estável, com pequena redução de 61,2% em 2010 para 60,91% em 2023. Em contrapartida, observou-se uma queda na proporção de casos de oclusopatia definida e grave, passando, respectivamente, de 19,9% para 18,05%, e de 11,9% para 9,36%. Por outro lado, houve um aumento nos casos classificados como oclusopatia muito grave, de 7,1% em 2010 para 11,69% em 2023, conforme verificado na Tabela 1.

Regionalmente, destaca-se o aumento da oclusopatia muito grave na região Nordeste, que passou de 10,3% para 14,16%, e na região Sudeste, que mais que dobrou esse índice, de 5,9% para 11,21%. No Sul, observou-se uma redução acentuada nos casos sem oclusopatia (de 63,5% para 54,5%) e aumento nos graus mais graves, especialmente o muito grave (de 7,7% para 10,65%). A região Norte manteve-se relativamente estável em todos os graus de severidade. O Centro-Oeste também apresentou aumento na oclusopatia muito grave (de 8,6% para 11,04%).

Para a faixa etária de 15 a 19 anos, como exposto na Tabela 2, houve melhora na condição de oclusão em nível nacional, com aumento de indivíduos sem oclusopatia (de 65,1% para 67,1%) e redução nas categorias de oclusopatia definida (de 18% para 17,39%) e muito grave (de 10,3% para 8,25%). No entanto, a oclusopatia grave aumentou levemente, de 6,6% em 2010 para 7,27% em 2023.

Entre as regiões, o Sudeste apresentou a maior melhora, com aumento de adolescentes sem oclusopatia (de 64,9% para 72,58%) e redução nas demais categorias, especialmente a muito grave (de 10,9% para 7,33%). No entanto, a região Sul apresentou piora no quadro geral, com redução significativa dos casos sem oclusopatia (de 71,3% para 62,11%) e aumento em todos os graus de oclusopatia, em especial o definido (de 15,5% para 22,39%).

As regiões Norte e Centro-Oeste também apresentaram melhora na condição sem oclusopatia, mas com elevação em casos graves e muito graves no Centro-Oeste. Já o Nordeste manteve-se relativamente estável, com pequenas variações em todas as categorias.

Tabela 1 - Percentual de participantes com idade de 12 anos segundo a Condição da oclusão dentária (prevalência de oclusopatia) no Brasil e por regiões brasileiras, nos anos de 2010 e 2023.

	Sem oclusopatia		Oclusopatia definida		Oclusopatia grave		Oclusopatia muito grave	
	2010	2023	2010	2023	2010	2023	2010	2023
Norte	64,00	65,10	20,00	17,88	7,40	8,51	8,50	8,50
Nordeste	58,50	58,47	18,90	16,26	12,40	11,11	10,30	14,16
Sudeste	61,10	65,02	20,10	16,08	13,00	7,69	5,90	11,21
Sul	63,50	54,50	18,50	24,42	10,40	10,43	7,70	10,65
Centro-Oeste	59,30	55,36	22,00	23,33	10,10	10,28	8,60	11,04
Brasil	61,20	60,91	19,90	18,05	11,90	9,36	7,10	11,69

Fonte: SB Brasil (2010); SB Brasil (2023).

Tabela 2 - Percentual de participantes com idades de 15 a 19 anos segundo a Condição da oclusão dentária (prevalência de oclusopatia) no Brasil e por regiões brasileiras, nos anos de 2010 e 2023.

	Sem oclusopatia		Oclusopatia definida		Oclusopatia grave		Oclusopatia muito grave	
	2010	2023	2010	2023	2010	2023	2010	2023
Norte	59,90	67,18	20,30	16,52	7,50	8,50	12,40	7,70
Nordeste	61,80	63,49	20,00	19,35	8,60	7,40	9,60	9,77
Sudeste	64,90	72,58	18,20	14,02	6,00	6,08	10,90	7,33
Sul	71,30	62,11	15,50	22,39	5,90	8,93	7,30	6,57
Centro-Oeste	67,60	62,55	15,00	18,89	7,90	8,04	9,50	10,52
Brasil	65,10	67,10	18,00	17,39	6,60	7,27	10,30	8,25

Fonte: SB Brasil (2010); SB Brasil (2023).

4. Discussão

Neste estudo de comparação de dois levantamentos nacionais de saúde bucal foi observado que, quanto à análise das oclusopatias em adolescentes de 12 anos e entre 15 e 19 anos, a nível nacional, a população apresentou tendências de estabilidade, tendo sido verificado pouca variação, principalmente nas classificações “sem oclusopatia” e “oclusopatia definida”. Entretanto, aos 12 anos, constatou-se aumento na proporção de oclusopatias muito graves no cenário nacional. Essa piora nos casos mais severos pode indicar a persistência de barreiras ao diagnóstico precoce e à intervenção oportuna, além de possíveis falhas na prevenção de alterações ortodônticas durante a infância.

A análise regional evidencia fortes desigualdades. Regiões como o Sul e Centro-Oeste apresentaram aumento nas prevalências das formas mais severas entre os adolescentes de 12 anos, o que pode estar associado a fragilidades no acesso ao cuidado ortodôntico precoce. Já no Sudeste, foi identificada uma melhora significativa entre os adolescentes mais velhos, refletindo possivelmente melhor acesso a especialistas, infraestrutura de saúde bucal mais consolidada e políticas municipais mais eficazes. Neste caso, a discussão pode se direcionar para a ideia de que, sendo a região mais rica do país, o acesso aos serviços particulares tende a ser maior, resultando em melhores condições oclusais (Fagundes et al., 2021).

Considerando-se que a população de adolescentes brasileiros possui tendências quanto às características de oclusão, sem grandes variações verificadas entre as gerações, pode-se presumir que, nos próximos levantamentos nacionais, esses padrões se repetirão, mesmo que, provavelmente, com algumas variações. Dessa forma, torna-se preocupante a dificuldade, ou mesmo impossibilidade, de acesso ao tratamento ortodôntico por populações menos favorecidas socioeconomicamente. Observa-se um acúmulo progressivo das necessidades de tratamento ortodôntico, aliado ao acesso limitado a recursos preventivos mais básicos e, ainda, mais restrito àqueles que envolvem intervenções ortodônticas de maior complexidade (Bittencourt & Machado, 2010).

Neste contexto, torna-se imprescindível a necessidade de discussões sobre políticas públicas de saúde bucal na área de ortodontia. A Política Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Brasil Soridente, foi instituída em 2004, marcando um importante avanço na organização da atenção à saúde bucal no SUS (Brasil, 2004). Essa política promoveu a expansão da Atenção Básica por meio da implantação de equipes de saúde bucal e da criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). No entanto, à época, a ortodontia ainda não estava incluída entre os procedimentos financiados pelo sistema.

Posteriormente, a Portaria GM/MS nº 599/2006 estabeleceu os critérios para a implantação dos CEOs e definiu as cinco especialidades obrigatórias: diagnóstico bucal com ênfase no câncer, periodontia, cirurgia oral menor, endodontia e o atendimento a pacientes com necessidades especiais. A ortodontia permaneceu como uma especialidade opcional, cuja oferta dependeria da capacidade e da decisão dos gestores locais (Brasil, 2006).

O principal marco normativo para a ortodontia no SUS ocorreu em 2010, com a publicação da Portaria SAS/MS nº 718, de 20 de dezembro daquele ano, que incluiu oficialmente procedimentos ortodônticos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses do SUS. Entre os procedimentos incluídos estavam a instalação de aparelho ortodôntico fixo, o uso de aparelhos ortopédicos removíveis, além das manutenções e eventuais consertos. A portaria também definiu os respectivos códigos, descrições e valores a serem repassados (Brasil, 2010).

Apesar desse avanço, a Portaria GM/MS nº 1.464, de 24 de junho de 2011, que destinou recursos adicionais para os CEOs, não fez qualquer menção à ortodontia ou à ortopedia facial (Brasil, 2011). Além disso, a ortodontia continua não sendo uma exigência para habilitação dos CEOs, o que contribui para a baixa adesão municipal à oferta desses serviços, pois a maior parte para o custeio de materiais e profissionais especialistas ficaria à cargo da gestão local.

Na situação atual, a ortodontia continua listada na Tabela do SUS como procedimento passível de financiamento. No entanto, na prática, é oferecida apenas em casos pontuais, nos quais os municípios dispõem de recursos próprios e estrutura suficiente para arcar com os custos. Importante destacar que a ortodontia não foi incluída como diretriz prioritária na versão mais recente da Política Nacional de Saúde Bucal, revisada em 2023, o que reforça seu caráter secundário na agenda pública da odontologia no país.

Durante muito tempo, a ortodontia foi associada a camadas sociais mais privilegiadas, sendo o uso de aparelhos ortodônticos considerado um símbolo de status (Barbosa et al., 2018). Atualmente, embora o acesso aos tratamentos tenha se tornado mais amplo e democrático, as populações de baixa renda ainda enfrentam diversas barreiras sociais e estruturais para usufruir desse tipo de cuidado. A especialidade responsável por atuar na prevenção das más oclusões é a ortodontia preventiva, cujo objetivo principal é evitar o desenvolvimento dessas alterações por meio da promoção de ações educativas, baseadas no diálogo entre os valores, saberes e crenças da população e o conhecimento técnico do profissional de saúde (Al Nimri & Richardson, 2000). Por sua vez, a ortodontia interceptativa é aquela de nível técnico intermediário, envolvendo necessidade de intervenção mecânica precoce, sendo capaz de melhorar as condições bucais das crianças, minimizando as chances de tratamentos mais onerosos para o Estado, como a ortodontia corretiva (Al Nimri & Richardson, 2000).

Barbosa e Gallo (2018) propõem que a ortodontia preventiva e interceptativa teriam condições de serem incorporadas à prática cotidiana do cirurgião-dentista que atua na Atenção Básica, seja no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou em unidades ambulatoriais públicas. Entretanto, como análise crítica, os autores do presente estudo defendem a ampliação da cobertura do tratamento ortodôntico no SUS, com aumento no financiamento federal destinado à atenção secundária, exclusivamente por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). As Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Atenção Básica já enfrentam uma sobrecarga significativa de atribuições, que incluem ações de promoção e prevenção, atendimentos clínicos regulares, visitas domiciliares, atividades educativas em escolas e comunidades, além do acolhimento de demandas espontâneas e urgências odontológicas. Soma-se a isso a pressão gerada por longas filas de espera, demanda reprimida, necessidade de atender a metas pactuadas, muitas vezes com recursos humanos e materiais limitados, considerando ainda que há localidades com baixa cobertura de ESB em relação à população cadastrada. Nesse contexto, delegar à atenção básica a responsabilidade pela prevenção e interceptação de más oclusões, sem o devido suporte da atenção especializada, pode corromper a integralidade do cuidado e, especialmente, comprometer as muitas ações que de fato pertencem à Atenção Básica, além de perpetuar impressões reducionistas sobre os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde. Mas, de fato, as ESB deveriam, em uma hipótese onde haja especialistas em ortodontia no CEO, saber avaliar as condições oclusais por meio de uma triagem sistematizada e rigorosa a fim de se executarem os encaminhamentos à atenção secundária (Maciel & Kornis, 2006).

Ademais, é fundamental reconhecer que o tratamento ortodôntico exige conhecimento técnico aprofundado, diagnóstico preciso, planejamento individualizado e acompanhamento longitudinal, características que extrapolam as

atribuições esperadas da Atenção Básica. Sua realização adequada demanda a atuação de profissionais com formação específica em ortodontia, garantindo não apenas maior resolutividade clínica, mas também a preservação do rigor técnico e científico do cuidado. Direcionar esse tipo de intervenção para os serviços de atenção secundária, como os CEOs, é uma forma de fortalecer a função do especialista no SUS e a sua própria imagem, assegurando que o cuidado prestado seja qualificado, ético e tecnicamente embasado. Isso também contribui para a valorização da prática especializada na rede pública, evitando a banalização de um campo que exige formação prolongada, atualização constante e capacidade técnica específica.

A Portaria SAS/MS nº 718 institui que o custeio federal para o procedimento de Manutenção/Conserto De Aparelho Ortodôntico/Ortopédico é de R\$34,00, por exemplo. Como exposto anteriormente, a maior parte do custeio para a assistência ortodôntica permanece como responsabilidade dos municípios. Entendendo-se a dificuldade ou impossibilidade de custear essa especialidade pelos gestores locais, muitas vezes se vendo incapazes de proporcionarem acesso e resolução mesmo a tratamentos a nível de APS principalmente devido às mazelas da progressão da cárie dentária, emerge a necessidade de se questionar o panorama atual da ortodontia no SUS e do apoio de maior financiamento ministerial.

As políticas públicas voltadas à prática da ortodontia no sistema público de saúde devem considerar cuidadosamente em quais condições e para quais perfis de pacientes o tratamento ortodôntico deve ser oferecido, especialmente diante das limitações orçamentárias e da escassez de recursos humanos especializados. Em países como Inglaterra, Nova Zelândia, Suécia e Finlândia, os tratamentos ortodônticos são disponibilizados pelos sistemas públicos de saúde apenas para casos considerados mais graves ou com deformidades faciais importantes. Nesses contextos, os pacientes são avaliados com base em índices clínicos de necessidade ortodôntica, que classificam a gravidade da má oclusão e consideram, adicionalmente, fatores psicossociais associados à condição. A ortodontia, nesses países, é amplamente integrada aos serviços públicos de saúde e os tratamentos são subsidiados pelo governo, como ocorre também na Dinamarca, Grã-Bretanha e Holanda. No entanto, mesmo nesses sistemas, tratamentos considerados simples ou de finalidade puramente estética não são financiados pelo Estado (Janvinen, 2001).

Dessa forma, ao considerar a incorporação da ortodontia nas políticas públicas de saúde bucal em países com maior escassez de recursos, como o Brasil, é fundamental que haja critérios de priorização bem definidos, com base em índices de necessidade de tratamento ortodôntico, a fim de garantir que os casos mais severos e com maior impacto funcional e psicossocial recebam atendimento. Essa racionalização do acesso é essencial para evitar a sobrecarga do sistema e promover maior equidade na distribuição dos serviços especializados, de forma que não seja apenas um idealismo demagógico, e sim uma diretriz sistematizada e totalmente exequível.

A exclusão social vivenciada por pessoas de baixa renda e as dificuldades de acesso ao tratamento ortodôntico privado contribuem para que o sistema de saúde, por vezes, assuma um caráter excludente e desigual. Muitas vezes, o acesso ao tratamento especializado é inexistente ou negado, enquanto os indivíduos em situação de vulnerabilidade tendem a ter menor poder de reivindicação e menor capacidade de expressar sua insatisfação diante da negação do cuidado (Vianna, 2000). Nesse cenário, garantir o acesso dessa população a serviços ortodônticos públicos representa um avanço concreto na direção dos princípios da equidade, universalidade e integralidade, visto que uma má oclusão severa não afeta apenas a funcionalidade mastigatória, mas compromete todo o indivíduo em suas nuances psicossociais mais complexas. Para isso, destaca-se a importância de se incorporar indicadores socioeconômicos ao processo de triagem, de modo a orientar a seleção de casos com base não apenas na gravidade clínica da má oclusão, mas também nas condições sociais do paciente.

O acesso equitativo ao tratamento deve ser guiado por critérios de priorização que não sejam excludentes, mas que considerem a alocação racional dos recursos públicos disponíveis. Diante da escassez de financiamento para a ortodontia no SUS, uma pré-triagem (Maciel & Kornis, 2006) seria um instrumento fundamental para selecionar os casos mais graves e com maior impacto funcional, social ou psicológico. Embora o número de pacientes beneficiados possa parecer limitado frente à

dimensão das desigualdades e das necessidades existentes, trata-se de uma proposta factível e realista. Ao direcionar o cuidado para quem mais necessita, seja por motivos biológicos, econômicos ou sociais, promove-se uma distribuição mais equalitária dos serviços especializados.

Por fim, de acordo com o censo demográfico de 2022 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), no Brasil existiam, de 15 a 19 anos, 14.375.942 de jovens. Considerando o poder estatístico inferencial a nível nacional do SB Brasil, pode-se concluir que aproximadamente 1.186.015 de adolescentes, sem considerar a categoria de 12 anos, precisam de tratamento ortodôntico obrigatório por possuírem maloclusão muito grave; levando-se em conta as categorias de maloclusão definida e maloclusão grave, que correspondem respectivamente à necessidade de tratamento “eletiva” e “altamente desejável”, no Brasil há aproximadamente 3.545.107 adolescentes de 15 a 19 anos. Ou seja, a demanda existe, e muitos destes indivíduos não têm condições de arcarem com os custos do tratamento ortodôntico particular. Se torna ainda mais preocupante o fato de os determinantes sociais aumentarem ainda mais o abismo das desigualdades sociais dentro do território nacional, analisando as já conhecidas diferenças entre as macrorregiões, o que denota necessidade de políticas fortes para aumentarem a inclusão e diminuírem desigualdades (Moimaz et al., 2018).

O aumento expressivo da cobertura de tratamento ortodôntico no SUS pode sim ser uma realidade, por meio de políticas públicas e portarias que propiciem sua expansão nos municípios por meio de custeio ministerial mais robusto. No atual cenário, está claro que a grande maioria dos municípios por si só não tem condições para arcarem com os custos dessa especialidade sozinhos. Para racionalizar a execução operacional tornando-a exequível e equitativa (Carnut et al., 2020), as ESB da APS poderiam realizar uma pré-triagem, estratégia já utilizada com sucesso em algumas localidades (Maciel & Kornis, 2006), e encaminharem para os CEOs aqueles dentro dos critérios de inclusão estabelecidos, para que, por fim, os ortodontistas da rede pública, na atenção secundária, atuem na melhoria da qualidade de vida de milhares, ou milhões, de adolescentes brasileiros.

5. Conclusão

Houve pouca variação nos levantamentos de 2010 e 2023 quanto à condição “sem oclusopatia” tanto aos 12 anos quanto entre 15 e 19 anos, o que sugere uma tendência na população e propicia uma previsão sobre os resultados dos próximos levantamentos. Aos 12 anos, constatou-se aumento na proporção de oclusopatias muito graves no cenário nacional. No Sudeste, foi identificada uma melhora significativa entre os adolescentes de 15 a 19 anos. A expansão da oferta de tratamento ortodôntico no SUS é possível, desde que com aumento expressivo no custeio por parte do Ministério da Saúde e padronização nos processos de triagem.

Referências

- Al Nimri, K., & Richardson, A. (2000). Interceptive orthodontics in the real world of community dentistry. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 10(2), 99–109.
- Barbosa, V. L. T., Pierini, A. J., & Gallo, Z. (2018). A prática da ortodontia na rede pública de saúde: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, 21(1), 103–120. <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2018.v21i1.581>
- Bittencourt, M. A. V., & Machado, A. W. (2010). Prevalência de má oclusão em crianças entre 6 e 10 anos – um panorama brasileiro. *Dental Press Journal of Orthodontics*, 15(6), 113–122.
- Borges, C. M., Peres, M. A., & Peres, K. G. (2010). Association between malocclusion and dissatisfaction with dental and gingival appearance: study with Brazilian adolescents. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(4), 713–723.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2022). Censo Demográfico 2022: população por idade e sexo – resultados do universo. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18318-piramide-etaria.html>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). Portaria nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2010). Portaria nº 718, de 20 de dezembro de 2010. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 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). Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2014). SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais (1^a ed., 1^a reimpr.). Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2015). Conheça a política que faz muitos brasileiros voltarem a sorrir. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal.

Brasil. Ministério da Saúde. (2024). SB Brasil 2023: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: relatório final [Recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária.

Carnut, L., Mendes, Á., & Leite, M. G. (2020). Metodologias para alocação equitativa de recursos financeiros em saúde: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*, 44(126), 902–918. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012609>

Cons, N. C., Jenny, J., Kohout, F. J., et al. (1989). Utility of the dental aesthetic index in industrialized and developing countries. *Journal of Public Health Dentistry*, 49(3), 163–166.

Correia, V. R. da C., Custódio, L. L. P., Santos, N. R., et al. (2022). Prevalence and factors associated with dental caries and occlusopathies in children from 3 to 8 years old. *Research, Society and Development*, 11(6), e24611629139. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i6.29139>

Fagundes, M. L. B., Bastos, L. F., Amaral Júnior, O. L. D., et al. (2021). Socioeconomic inequalities in the use of dental services in Brazil: an analysis of the 2019 National Health Survey. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 24(Suppl 2), e210004. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210004.supl.2>

Fleming, P. S. (2017). Timing orthodontic treatment: early or late? *Australian Dental Journal*, 62(1), 11–19. <https://doi.org/10.1111/adj.12480>

Jenny, J., & Cons, N. C. (1996). Comparing and contrasting two orthodontic indices, the index of orthodontic treatment need and the dental aesthetic index. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 110(4), 410–416.

Janvinen, S. (2001). Indexes for orthodontics treatment need. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 120(3), 237–239.

Maciel, S. M., & Kornis, G. E. M. (2006). A ortodontia nas políticas públicas de saúde bucal: um exemplo de equidade na Universidade Federal de Juiz de Fora. *Revista Saúde Coletiva*, 16(1), 59–81.

Marques, L. S., Barbosa, C. C., Ramos-Jorge, M. L., et al. (2005). Prevalência da maloclusão e necessidade de tratamento ortodôntico em escolares de 10 a 14 anos de idade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: enfoque psicosocial. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4), 1099–1106.

Moimaz, S. A. S., Leão, M. M., Santos, L. F. P., et al. (2018). Estilo de vida e saúde oral de adolescentes brasileiros residentes em assentamentos rurais. *Revista Adolescência & Saúde (Online)*, 15(1), 81–91.

Moimaz, S. A. S., Santos, L. F. P., Saliba, T. A., et al. (2022). Prevalência de cárie dentária aos 12 anos: a importância da fluoretação e da tradição em levantamentos. *Archives of Health Investigation*, 11(1), 82–88. <https://doi.org/10.21270/archi.v11i1.5321>

Moreira, A. F., Pinto, L. S., Pinto, K. V. A., et al. (2015). Impacto da má oclusão na dentição decídua e permanente na qualidade de vida de crianças e adolescentes: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Odontologia*, 72(1/2), 70–75.

Nalcaci, R., Demirer, S., Ozturk, F., et al. (2012). The relationship of orthodontic treatment need with periodontal status, dental caries, and sociodemographic factors. *The Scientific World Journal*, 2012, 1–6. <https://doi.org/10.1100/2012/498012>

Organização Mundial da Saúde. (1999). Levantamentos básicos em saúde bucal (4^a ed.). São Paulo: Editora Santos.

Pereira, A. S. et al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. [free ebook]. Santa Maria. Editora da UFSM.

Roncalli, A. G., Silva, N. N., Nascimento, A. N., et al. (2012). Aspectos metodológicos do Projeto SBBrasil 2010 de interesse para inquéritos nacionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(Suppl), S40–S57.

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

World Health Organization. (1997). Oral health surveys: basic methods (4th ed.). Geneva: WHO.

World Health Organization. (2003). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century: the approach of the WHO global oral health programme. Geneva: WHO.