

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA, JUNTO COM O
CIRURGIÃO DENTISTA, NA DETECÇÃO DOS PROBLEMAS DE MALOCCLUSÃO
E A INDICAÇÃO DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO INTERCEPTATIVO, EM
SÃO GONÇALO DO RIO ABAIXO / MG**

**POMPEU – MINAS GERAIS
2014**

ANGELA CRISTINA GUIMARÃES BARBOSA

**A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA, JUNTO COM O
CIRURGIÃO DENTISTA, NA DETECÇÃO DOS PROBLEMAS DE MALOCCLUSÃO
E A INDICAÇÃO DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO INTERCEPTATIVO, EM
SÃO GONÇALO DO RIO ABAIXO / MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial, para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

POMPEU – MINAS GERAIS

2014

ANGELA CRISTINA GUIMARÃES BARBOSA

**A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA, JUNTO COM O
CIRURGIÃO DENTISTA, NA DETECÇÃO DOS PROBLEMAS DE MALOCCLUSÃO
E A INDICAÇÃO DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO INTERCEPTATIVO, EM
SÃO GONÇALO DO RIO ABAIXO / MG**

Banca Examinadora

Orientador: Prof.:Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

Examinador: Heriberto Silva Sanches

Aprovado em 16/08/2014.

DEDICATÓRIA

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso à minha irmã Alessandra, sem ela não saberia aonde era a tecla “enter” e ao meu marido Messias, pela compreensão e apoio.

AGRADECIMENTO

À Deus, à minha família, a equipe do PSF de Vargem Alegre de São Gonçalo do Rio
Abaixo, à Virgiane e a coordenadora Fernanda Piana pelo apoio e compreensão.

EPIGRAFE

“O SUS deve ter como meta a solução real do problema que atinge a pessoa que o procura, com o uso de todos os instrumentos de diagnósticos e tratamentos disponíveis, tornando os medicamentos acessíveis a todos, além de fortalecer a políticas de prevenção e promoção de saúde”.

Dilma Vana Rousseff

Trecho do discurso de posse na presidência da República, 01/01/2011

RESUMO

Prevenção é a principal função do cirurgião dentista que atua nas áreas da Saúde Coletiva e da Família. Essas áreas procuram prevenir e tratar doenças ainda no estágio inicial, antes que se tornem mais graves. Nos últimos anos, houve uma ampliação rápida nas unidades de saúde no Brasil, porém, é necessário melhorar e se adequar a uma estratégia de saúde universal. A ortodontia é o ramo da odontologia especializado no diagnóstico, prevenção e tratamento das irregularidades dentais e faciais. O termo técnico utilizado para estes problemas é maloclusão, que significa uma relação de contato incorreto entre os dentes superiores e inferiores. As maloclusões apresentam elevada prevalência e merecem atenção dos profissionais de atenção básica, principalmente por causa dos transtornos que podem ocasionar. Para um atendimento precoce e eficaz é importante a colaboração de toda a equipe, proporcionando um atendimento inter e multidisciplinar, oferecendo uma escuta qualificada, orientações, suporte e acompanhamento terapêutico desde a gestação à adolescência, período no qual o tratamento interceptativo pode intervir e trazer resultados. Além da equipe, a família e a própria pessoa são coparticipantes. As crianças a partir dos seis anos já são acolhidas apresentando dentição mista, neste momento é necessário o olhar clínico de todos da equipe para algum problema de maloclusão. Foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema e as bases de dados pesquisadas foram a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), Google Acadêmico e LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Foram utilizados livros impressos como fonte de pesquisa e foram selecionados textos de referência de 2001 a 2013, sob o critério de atender o objetivo proposto por este estudo e em função de sua relevância, alguns artigos clássicos foram incluídos na revisão de literatura. Após a revisão foi elaborado um plano de ação visando auxiliar o cirurgião dentista da atenção básica e os demais profissionais que compõem a equipe a buscar um tratamento de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, por meio da ortodontia preventiva e interceptativa, que pode ser realizado na atenção básica.

Palavras-chave: Ortodontia interceptativa e preventiva. Hábitos deletérios. Maloclusão. Disfunção craniomandibular. Hábitos de sucção. Amamentação.

ABSTRACT

Prevention is the main function of the dental surgeon who operates in the areas of Public Health and Family. These areas seek to prevent and treat diseases in the early stages, before they become more serious. In recent years, there has been a rapid expansion in health facilities in Brazil, however, is necessary to improve and adapt a strategy of universal health care. Orthodontics is the branch of dentistry specializing in the diagnosis, prevention and treatment of dental and facial irregularities. The technical term for these problems is malocclusion, which represents a ratio of incorrect contact between the upper and lower teeth. Malocclusions have high prevalence and deserve the attention of health care professionals, primarily because of disorders that can cause. For an early and effective care is important to the collaboration of the entire team, providing an inter and multidisciplinary care, offering a qualified hearing, guidance, support and therapeutic follow from pregnancy to adolescence, during which the interceptive treatment can intervene and bring results. Besides the staff, family and self are co-participants. Children as young as six years old are already taken in presenting mixed dentition, this time the clinical look of all the staff to a problem of malocclusion is required. A literature review on the subject and the databases searched was performed printed books were used as a source of research and consultations carried out the database of the Virtual Health Library (VHL), SciELO (Scientific Electronic Library Online), and Google Scholar (Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences) LILACS. Reference texts from 2001 to 2013 were selected using the criterion of meeting the proposed goal and by this study due to its relevance, some classic articles were included in the literature review. After reviewing an action plan aiming to help the primary care dentists and other professionals who make up the team to seek treatment for the prevention, early diagnosis and treatment, through preventive and interceptativa orthodontics, which can be carried on was prepared primary care.

Keywords: Interceptativa and preventive orthodontics. Deleterious habits. Malocclusion. Craniomandibular dysfunction. Sucking habits. Breastfeeding.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 Diagnóstico Situacional	12
2. JUSTIFICATIVA.....	14
3. METODOLOGIA.....	15
4. OBJETIVOS	16
4.1 Objetivo geral	16
4.2 Objetivo específico	16
5. REVISÃO DE LITERATURA	17
5.1 Atendimento Básico	17
5.1.1 Ações de Promoção e Proteção de Saúde	17
5.1.2 Ampliação do acesso.....	18
5.1.3 Grupo de 0 a 5 anos:	18
5.1.4 Grupo de crianças e adolescentes (6-18 anos):.....	19
5.1.5 Grupo de Gestantes:.....	19
5.1.6 Ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária.....	19
5.1.7 A estratégia de saúde da família.....	20
5.2 A ortodontia	21
6. PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO (PLANO DE AÇÃO)	24
6.1 Nós Críticos	24
6.2 Elaboração do Plano de Intervenção – PROJETO SORRINDO MAIS.....	25
6.3 Plano de Intervenção (Plano de Ação)	25
6.3.1 Grupo de Gestantes:.....	27
6.3.2 Grupo do Puerpério aos 06 (seis) meses	28
6.3.3 Grupo de 06 meses aos 6 anos de idade.....	28
6.3.4 Grupo de crianças (6-13 anos):.....	28
6.3.5 Grupo dos adolescentes (13 – 18 anos).....	29
7. CONCLUSÃO	31
8. REFERÊNCIAS	33

1. INTRODUÇÃO

A malocclusão se constitui como uma anomalia de desenvolvimento de dentes e/ou arcos dentários, ocasionando desde desconfortos estéticos até agravos funcionais incapacitantes. A prevenção da malocclusão deve ser sempre considerada como uma alternativa em relação ao tratamento, uma vez que, em sua maioria, as malocclusões são condições adquiridas em função de vários fatores que podem ser trabalhados na atenção primária. (FERRAZ, 2001).

De acordo com Tomita (2000), os principais fatores de risco são:

- ✓ Fatores genéticos;
- ✓ Distúrbios de erupção dentária;
- ✓ Hábitos deletérios: hábitos de sucção prolongados, deglutição atípica, respiração bucal, posturas incorretas, onicofagias;
- ✓ Extração prematura de dentes decíduos;
- ✓ Acidentes: uso de piercing, skate, esportes radicais;
- ✓ Lesões de mucosas ou ósseas;
- ✓ Fatores socioeconômicos

Estudos recentes levantam possibilidades de que a condição socioeconômica pode influenciar o estabelecimento de hábitos deletérios e, conseqüentemente, as malocclusões (TOMITA, 2000).

A etiologia das malocclusões, segundo Quirós (1993), é dividida entre:

- ✓ Fatores predisponentes (fatores hereditários e influências pré natais);
- ✓ Fatores sistêmicos;
- ✓ Fatores locais (grupos intrínsecos e grupo de fatores circundantes ou ambientais).

Segundo este autor, a ortodontia interceptativa pode atuar apenas nos fatores locais. Os fatores intrínsecos correspondem à perda prematura de dente decíduo; perda de dente permanente; retenção prolongada de dente decíduo; dentes ausentes e supranumerários; atividade funcional diminuída e desvios dentários; freio labial anormal; restauração dentária incorreta; desarmonia de tamanho e forma dos dentes e traumatismos dentários. E os fatores circundantes ou ambientais correspondem ao desvio de processos funcionais normais (hábitos de sucção, respiração bucal, hábitos de deglutição anormal, hábitos de fonação anormal); a anormalidade de tecidos musculares que rodeiam a cavidade bucal (hipertonismo,

hipotonismo, hipertrofia e atrofia); a pressão por defeito de posição; a amígdalas hipertróficas; má oclusão e as atitudes mentais.

As medidas de prevenção, segundo TOMITA (2000), em nível de atenção primária tornam-se muito importantes no trabalho voltado para a prevenção dos fatores de risco. O estímulo à amamentação, um importante fator para uma oclusão saudável; o desestímulo a extração de dentes decíduos prematuramente; a colocação de mantenedor de espaço quando a extração for essencial; o trabalho educativo em relação a hábitos deletérios, sempre levando em consideração a situação social na qual se encontra o usuário, a qual poderá ser determinante deste hábito; o acompanhamento da erupção dentária e as ações para prevenção de acidentes são exemplos destas medidas.

Na atenção básica o tratamento interceptativo pode atenuar futuros agravos. Esse tratamento deverá ser realizado de acordo com o crescimento ósseo da criança. Não sendo possível, nesta fase, realizar o tratamento das maloclusões, este deverá ser feito em nível de atenção secundária e terciária, com a colocação de aparelhos ortodônticos / ortopédicos e cirurgias ortognáticas. Por isso a importância do olhar clínico do dentista num acompanhamento da dentição mista (CANDIDO *et al.*, 2010). Deve-se sempre levar em consideração a priorização do encaminhamento para tratamento, o impacto na qualidade de vida que o usuário está vivenciando por consequências estéticas e /ou funcionais de maloclusão (TOMITA, 2000).

O objetivo deste trabalho foi elaborar um plano de ação visando auxiliar o cirurgião dentista da atenção básica e os demais profissionais que compõem a equipe a buscar um tratamento de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, por meio da ortodontia preventiva e interceptativa, realizado na cidade de São Gonçalo do Rio Abaixo e que poderá ser realizado em qualquer unidade de atenção básica.

1.1 Diagnóstico Situacional

A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas, por meio de estimativa rápida são etapas fundamentais no processo de planejamento para diminuir a alta prevalência de maloclusões. A interação multiprofissional é importante para um tratamento eficaz e deste com os pacientes para que se crie um vínculo maior e que seja instituído um tratamento mais efetivo.

Há muitos casos de maloclusão no município de São Gonçalo do Rio Abaixo/MG (SGRA), de fácil detecção pela equipe de saúde, que podem ser

diagnosticadas em consultas de enfermagem, médicas, pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), técnicos de enfermagem, que podem interagir junto ao dentista para atenuar problemas futuros.

Ressalta-se a importância deste estudo para qualquer Unidade de Atenção Básica do país.

2. JUSTIFICATIVA

A importância deste estudo é prevenir precocemente os problemas de maloclusão, que podem ser resolvidos de maneira interceptativa com o apoio da equipe, atenuando um possível problema futuro. Devido à alta prevalência de maloclusões e disfunções craniomandibulares (MOYERS, 1991) esse trabalho objetiva capacitar e alertar o dentista e sua equipe em relação a esse problema de Saúde Pública.

Quando o dentista detecta algum problema que exige intervenção imediata, o tratamento recebido é através da ortodontia interceptativa, realizado entre crianças e adolescentes, independente da presença de dentes permanentes. Esse tratamento poderá gerar resultados satisfatórios que não seriam possíveis após o término do crescimento da face (CORREA, 1999).

A Equipe de Saúde da Família (ESF) propõe implementar uma série de ações que, em acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), apontem para a reorientação do modelo de atenção onde a Atenção Básica é a porta de entrada. Assim sendo, nota-se a importância da equipe multiprofissional atuar junto com o dentista na detecção e prevenção de problemas de maloclusão. Um dos objetivos do Programa de Saúde da Família (PSF) é reorganizar a atenção primária no País, e a partir dele reorganizar todo o sistema de saúde (BRASIL, 2002).

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica que de acordo com Rother (2007) é uma forma de pesquisa que busca publicações apropriadas de vários autores para fundamentar o desenvolvimento de determinado assunto, associada a revisão de literatura foi elaborado um plano de ação.

Foram utilizados livros impressos como fonte de pesquisa e realizadas consultas a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SCIELO (Scientific Eletronic Library Online), Google Acadêmico, LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), utilizando palavras-chaves como ortodontia interceptativa e preventiva, hábitos deletérios, maloclusão, disfunção craniomandibular, hábitos de sucção, amamentação, atendimento básico. Foram selecionados textos de referência de 2001 a 2013, sob o critério de atender o objetivo proposto por este estudo e em função de sua relevância.

Este trabalho teve como base as Diretrizes do Ministério da Saúde no âmbito do SUS. Estas diretrizes constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta à produção do cuidado.

Para melhorar a situação problemática foi desenvolvido um plano de ação segundo a Secretaria de Estado da Saúde (SES, 2007), as Diretrizes da Política Nacional da Saúde Bucal (2004) e o Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde (NESCON/UFMG, 2010) com ações voltadas para solucionar problemas de maloclusão entre crianças e pré-adolescentes no município de São Gonçalo do Rio Abaixo (SGRA).

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de ação para capacitar os profissionais da equipe de Atenção Básica e em especial o dentista acerca da intervenção precoce e da ortodontia interceptativa sobre os problemas de maloclusão.

4.2 Objetivo específico

- ✓ Orientar os pais e responsáveis pela criança sobre os problemas de maloclusão;
- ✓ Auxiliar a equipe multidisciplinar a detectar problemas de maloclusão;
- ✓ Intervir com ações possíveis em atendimento básico aos problemas já instalados;
- ✓ Referenciar o tratamento ortodôntico, quando possível ao município, em atendimento de ordem secundária e terciária;
- ✓ Estimular ações intersetoriais imprescindíveis para a promoção à Saúde Bucal.

5. REVISÃO DE LITERATURA

O conceito ampliado de saúde, definido no artigo 196 da Constituição da República deve nortear a mudança progressiva dos serviços, evoluindo de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação.

Para melhor identificar os principais grupos de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde a serem desenvolvidas prioritariamente, é necessário conhecer as características do perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças de maior prevalência, como das condições socioeconômicas da comunidade, seus hábitos e estilos de vida e suas necessidades de saúde — sentidas ou não —, aí incluídas por extensão a infraestrutura de serviços disponíveis. As ações de saúde bucal devem se inserir na estratégia planejada pela equipe de saúde numa inter-relação permanente com as demais ações da Unidade de Saúde (BRASIL, 2004).

5.1 Atendimento Básico

5.1.1 Ações de Promoção e Proteção de Saúde

Segundo as Diretrizes da Política Nacional da Saúde Bucal (2004), esse grupo de ações pode ser desenvolvido pelo sistema de saúde, articulado com outras instituições governamentais, empresas, associações comunitárias e com a população e seus órgãos de representação. Tais ações visam à redução de fatores de risco, que constituem ameaça à saúde das pessoas, podendo provocar-lhes incapacidades e doenças. Neste grupo situam-se, também, a identificação e difusão de informações sobre os fatores de proteção à saúde. Como pode se observar, é um elenco bastante vasto e diversificado de ações de natureza eminentemente educativo-preventivas. A promoção de saúde bucal passa a estar inserida num conceito amplo de saúde transcendendo a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Juntas, todas as áreas constroem políticas públicas saudáveis, desenvolvem estratégias

direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada, incentivo a fluoretação das águas, o uso de dentifrício fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. As ações de promoção da saúde incluem trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabetes, hipertensão, obesidade, trauma e câncer). Estas ações incluem políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes.

Nas Diretrizes da Política Nacional da Saúde Bucal (2004), a busca da autonomia dos cidadãos é outro requisito das ações de promoção de saúde. A equipe de saúde deve fazer um esforço simultâneo para aumentar a autonomia e estimular práticas de autocuidado por pacientes, famílias e comunidades.

5.1.2 Ampliação do acesso

De acordo com as Diretrizes da Política Nacional da Saúde Bucal (2004), com o objetivo de superar o modelo biomédico de atenção às doenças, propõem-se duas formas de inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: 1) por linhas de cuidado; e, 2) por condição de vida. A primeira prevê o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada como saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso. Já a proposta de atenção por condição de vida compreende a saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras. Nesse sentido, ações de saúde bucal também estarão incluídas nos documentos específicos definindo as políticas para a intervenção governamental segundo as linhas de cuidado ou condição de vida.

5.1.3 Grupo de 0 a 5 anos:

Organizar o ingresso de crianças deste grupo etário no sistema, no máximo a partir de 6 meses, aproveitando as campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais. Desenvolver atividades em grupo de pais e/ou responsáveis para informações, identificação e encaminhamento das crianças de alto risco ou com necessidades para atenção individual, com ampliação de

procedimentos, incluindo os de ortopedia funcional dos maxilares e ortodontia preventiva. Não se recomenda criar “programas” específicos de saúde bucal para esse grupo etário, verticalizados e isolados dos demais programas de saúde. Ao contrário, é altamente recomendável que ações de saúde bucal voltadas a esse grupo seja parte de programas integrais de saúde da criança e, assim, compartilhadas pela equipe multiprofissional da Atenção Básica (BRASIL, 2004).

5.1.4 Grupo de crianças e adolescentes (6-18 anos):

A atenção deve ser adaptada à situação epidemiológica, identificando e encaminhando os grupos de maior risco para atenção curativa individual. Ressalta-se a necessidade de organizar fluxos para garantir o atendimento aos adolescentes (BRASIL, 2004).

5.1.5 Grupo de Gestantes:

Considerando que a mãe tem um papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância, ações educativo-preventivas com gestantes qualificam sua saúde e tornam-se fundamentais para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança. Devem-se realizar ações coletivas e garantir o atendimento individual. Em trabalho conjunto com a equipe de saúde, a gestante, ao iniciar o pré-natal, deve ser encaminhada para uma consulta odontológica, que inclua orientação sobre possibilidade de atendimento durante a gestação; exame de tecidos moles e identificação de risco à saúde bucal; diagnóstico de lesões de cárie e necessidade de tratamento curativo; diagnóstico de gengivite ou doença periodontal crônica e necessidade de tratamento; orientações sobre hábitos alimentares (ingestão de açúcares) e higiene bucal; em nenhuma hipótese a assistência será compulsória, respeitando-se sempre à vontade da gestante, sob pena de infração ética (BRASIL, 2004).

5.1.6 Ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária

A assistência odontológica pública no Brasil tem-se restringido quase que completamente aos serviços básicos — ainda assim, com grande demanda reprimida. Os dados mais recentes indicam que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. É evidente a baixa capacidade de oferta dos

serviços de atenção secundária e terciária comprometendo o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal. A expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica. Com este crescimento houve um aumento da oferta de diversidade de procedimentos fazendo-se necessário um aumento de investimentos que propiciem aumentar o acesso aos outros níveis de atenção. (BRASIL, 2004).

Para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, o Ministério da Saúde através dos Centros de Referência de Especialidades Odontológicas (CEO), que são unidades de referência para as equipes de Saúde Bucal da atenção básica, ofertarão, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica. Entre esses procedimentos incluem-se, dentre outros, tratamentos cirúrgicos periodontais, endodontias, dentística de maior complexidade, e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção (BRASIL, 2004).

5.1.7 A estratégia de saúde da família

Fundamental à organização da atenção básica do SUS, a estratégia de Saúde da Família foi criada em 1994 e normatizada pela Norma Operacional Básica do SUS de 1996 – NOB/SUS-96, que definiu suas formas de financiamento, incluindo-a no Piso da Atenção Básica – PAB. É, pois, uma estratégia do SUS, devendo estar em consonância com seus princípios e diretrizes. O território e a população adscrita, o trabalho em equipe e a intersetorialidade constituem eixos fundamentais de sua concepção, e as visitas domiciliares, uma de suas principais estratégias, objetivando ampliar o acesso aos serviços e criar vínculos com a população. A compreensão desses aspectos é fundamental para a discussão do processo de trabalho em saúde, dos processos de gestão, de educação permanente/continuada e de avaliação de serviços (BRASIL, 2004).

Outro aspecto fundamental desta estratégia diz respeito ao processo de trabalho. Ao colocar para a saúde bucal a proposta de sua inserção em uma equipe multiprofissional, além de introduzir o “novo”, afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos que o antecederam. Esta situação traz o desafio de se trabalhar em equipe. (BRASIL, 2004).

Para a Saúde Bucal esta nova forma de se fazer às ações cotidianas representa, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio. Um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Vislumbra-se uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. As maiores possibilidades de ganhos situam-se nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando uma nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal (BRASIL, 2004).

5.2 A ortodontia

O princípio básico da ortodontia interceptativa é promover mudanças que ocorrem naturalmente, sendo mais favoráveis e suprimindo fatores que levam ao mau posicionamento dos dentes e a maloclusão. Em alguns casos, o aconselhamento é o suficiente, em outros, a manutenção de espaço, as terapias simples com aparelho, as extração de dentes, a modificação da forma dos dentes ou intervenção cirúrgica podem ser adequadas. O tratamento interceptativo habilidoso, oportuno e instruído pode produzir resultado satisfatório ou irá simplificar a terapia com aparelhos em um estágio posterior (RICHARDSON, 1989).

Segundo Faltin Jr (1988) a época ideal para a indicação de uma intervenção ortodôntica está na fase de maior crescimento craniofacial. Esta fase, de acordo com a maioria dos autores (MOYERS, 1991), está localizada na curva ascendente do crescimento pré-puberal, em média dos 09 aos 12 anos de idade, dependendo do sexo e da variações cronológicas de cada indivíduo.

A supervisão do desenvolvimento da dentição decídua, mista, transicional e permanente, no entanto, levam a ortodontia a agir preventivamente em qualquer idade, quando necessário, porém, a postergação de uma intervenção quando há alteração existente fatalmente se agravará, com o passar do tempo (FALTIN JR, 1988).

Segundo as orientações de Faltin Jr (1988), na dentição decídua, deve-se diagnosticar e intervir nos hábitos; distúrbios funcionais, respiração, deglutição e fonação e mordidas cruzadas (posteriores, anteriores) e abertas. Ainda, segundo este autor, na dentição mista a indicação de tratamento ortodôntico é bem mais ampla e inclui hábitos perniciosos; distúrbios funcionais; mordidas cruzadas

posteriores, uni ou bilaterais; mordidas cruzadas anteriores; apinhamentos severos; anomalia de classe II de Angle; anomalia de classe III de Angle e mordida aberta.

Os métodos a serem empregados devem ser consequências de um correto diagnóstico e plano de tratamento, levando-se em consideração o tipo facial e as características individuais de cada paciente (PROFFT, 2002).

Segundo Profft (2002), a distinção entre problemas ortodônticos esqueléticos e não esqueléticos é uma questão crítica para as crianças e adultos, pois desde a antiguidade, dentes apinhados, irregulares e protraídos tem sido um problema para alguns indivíduos, e tentativas para corrigir essa desordem datam pelo menos de 1000 a.C. Aparelhos ortodônticos primitivos foram encontrados nas escavações gregas e etruscas. À medida que a odontologia se desenvolveu nos séculos XVIII e XIX, um grande número de dispositivos para “regularização dos dentes foi descrito por vários autores e utilizados esporadicamente por dentistas da época”.

A finalidade primordial da ortodontia é a luta pelo correto desenvolvimento do aparelho mastigatório através de programas de prevenção de saúde: boa saúde, amamentação natural, qualidade adequada dos alimentos do ponto de vista químico (qualidade) e físico (consistente) e a estimulação de padrões funcionais normais de respiração, deglutição, fonação e mastigação (FALTIN JR, 1988).

Tanaka (1998) preconiza que se no exame em idade precoce o ortodontista detectou algum problema na criança que exija intervenção, será indicado um tratamento interceptativo. Este tratamento poderá alcançar resultados que não seriam possíveis após o término do crescimento da face. Além disso, uma intervenção em idade precoce poderá diminuir a severidade de um problema e, se for necessário uma segunda fase de tratamento, esta poderá ser facilitada.

Os tratamentos de Ortodontia Preventiva e Interceptativa têm o objetivo de corrigir o posicionamento dos dentes (decíduos e permanentes) e de direcionar o crescimento dos ossos da face. Para tanto, podem ser utilizados diversos tipos de aparelhos, fixos ou móveis, em crianças entre 6 e 12 anos aproximadamente. A primeira avaliação ortodôntica pode ser feita a partir dos 4 anos de idade. Muitos problemas ortodônticos são mais fáceis e mais rápidos de serem tratados durante a fase de crescimento (TANAKA, 1998).

Os procedimentos da ortodontia interceptadora devem ser aplicados logo que um desvio do desenvolvimento correto for diagnosticado, utiliza-se de métodos mais simples de menor tempo de tratamento, de menor custo operacional. Estes

procedimentos são, no entanto, de grande valia na orientação do desenvolvimento correto do aparelho estomatognático e conseqüentemente da saúde bucal (RICHARDSON A, 1989).

6. PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO (PLANO DE AÇÃO)

6.1 Nós Críticos

Antes da elaboração do Plano de Ação a equipe de Saúde Bucal, de SGRB, reuniu-se para apontar os nós críticos encontrados.

- ✓ Problemas de maloclusão entre crianças e pré-adolescentes;
- ✓ Hábitos deletérios e estilos de vida;
- ✓ Pressão social (desemprego, mãe solteira, crianças em creches);
- ✓ Nível de informação;
- ✓ Estrutura do serviço de saúde;
- ✓ Processo de trabalho em saúde;
- ✓ Recursos econômicos;
- ✓ Recursos organizacionais (referente a estrutura física, recursos humanos e equipamentos);
- ✓ Cognitivos;
- ✓ Recursos políticos;
- ✓ Aperfeiçoamento para a equipe de saúde bucal (incluindo laboratório de prótese) e capacitação para a equipe básica;
- ✓ Participação do laboratório de prótese;
- ✓ Contratação de ortodontista para atuar no município e compor a força tarefa emergencial, para auxiliar a equipe de atenção básica e reprimir a demanda de maloclusão da cidade de SGRB (com recursos do município);
- ✓ O projeto Sorrindo Mais será composto pela equipe de atenção básica, no horário diurno (atendimento normal) e no horário noturno será amparada pela equipe especializada de caráter emergencial e temporária para suprir a demanda;
- ✓ Articulação intersetorial, principalmente com a Secretaria Municipal de educação e o Setor de Transporte;
- ✓ Participação do fonoaudiólogo e do psicólogo para auxiliar nas atividades de atenção básica e na força tarefa.

6.2 Elaboração do Plano de Intervenção – PROJETO SORRINDO MAIS

Os dentistas que atuam nas unidades de atendimento básico serão os responsáveis pelo Plano de Ação e caso haja o coordenador de saúde bucal, este será o gerente de operação.

O trabalho deverá ser estruturado com o restante da equipe apresentando um atendimento rotineiro na prática da atenção básica, pois, deve-se intervir no problema assim que detectá-lo, respeitando a faixa de idade de crianças de 0 a 13 anos (recém-nascidos a pré-adolescentes). Além disso, haverá uma força tarefa para auxiliar também na resolução desse problema e atender a demanda.

6.3 Plano de Intervenção (Plano de Ação)

A coordenação de saúde bucal e as equipes estabeleceram metas diante de um planejamento dinâmico, organizado e direcionado à população de zero a pré-adolescência de SGRA, tendo o cuidado de não fazer a exclusão dos demais usuários agendados conforme a rotina diária, respeitando o horário das emergências e agenda programada.

Primeiramente, avaliou-se a capacidade dos profissionais, o serviço oferecido e os principais problemas que acometem a população alvo e percebeu a necessidade de contratação de uma equipe especializada com a participação do ortodontista para esse “*Plano de Intervenção – Sorrindo Mais*”.

Meta:

Atender ao maior número possível de crianças e pré-adolescentes que necessitam do tratamento de maloclusão. Geralmente são estudantes que moram na área urbana e rural e são assistidos pelo programa Saúde na Escola.

Plano de Intervenção:

- ✓ O acolhimento pela equipe da saúde de família é a principal porta de entrada à Atenção Básica e é realizado todo dia;
- ✓ Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) tem papel fundamental, porque são eles que fazem a marcação das primeiras consultas, respeitando a agenda de acordo com a divisão das áreas que compõe a área adstrita por dia da semana. Trata-se de um território extenso e rural, além do vínculo que possui com a família;

- ✓ Há maleabilidade da agenda devido a interação entre Equipe de Saúde Bucal (ESB) e Equipe de Saúde da Família (ESF);
- ✓ A população alvo é dinâmica, pois está em processo de crescimento e formação óssea;
- ✓ Constante avaliação acerca do processo de trabalho, de cujo objetivo final é proporcionar uma assistência qualificada à população e diminuir a demanda reprimida;
- ✓ Oferta de dois turnos de trabalho:
 - ☞ Diurno – no Programa de Saúde da Família (PSF) o atendimento é normal, com a agenda programada de acordo com a microárea;
 - ☞ Noturno
 - participação da força tarefa no consultório do PSF, respeitando também a agenda programada de acordo com a microárea e a avaliação de risco, encaminhada pela equipe de atenção básica.
 - Contratação de profissionais para atuarem na força tarefa, incluindo ortodontistas, Técnico de Higiene Dental (THD) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), para darem suporte à demanda, ao funcionamento e manutenção dos consultórios. Essa equipe tem o objetivo de auxiliar a equipe de atenção básica a reprimir a demanda e dar assistência especializada no Projeto Sorrindo Mais;
- ✓ Disponibilidade da unidade móvel para atendimentos aos alunos através do programa saúde na escola, para um processo de triagem, realizado pela ESB, além do atendimento desses na atenção básica;
- ✓ A ESB fica responsável com os encaminhamentos, direcionamento do atendimento noturno, programação da agenda junto dos ACS, periciar os tratamentos concluídos da força tarefa e se houver necessidade de algum encaminhamento (provindos da força tarefa) encaminhá-los para atendimentos terceirizados junto às clínicas credenciadas e o CEO (Centro de Especialidades Odontológicas);
- ✓ Os procedimentos profiláticos e preventivos devem ser priorizados, mostrando a importância da prevenção e controle;
- ✓ Colaboração do setor do transporte disponibilizando o transporte para atendimento noturno, uma vez que a área é extensa, rural e não há transporte público disponível;

- ✓ Trabalhar junto com a ESF, nas campanhas de vacinação, com os grupos de gestantes e asmáticos, integrando as equipes e trocando-se os saberes;
- ✓ Controle dos pacientes que receberam altas (tanto o PSF quanto o força tarefa) para um retorno anual e manter a dinâmica entre a primeira consulta e alta e de acordo com as áreas e lista de espera dos ACS;
- ✓ Visitas domiciliares a usuários acamados, institucionalizados ou com necessidades especiais e que não podem acessar o serviço de forma usual, encaminhando-os, quando necessário a tratamento hospitalares.

Bem planejado, focado nos objetivos finais, com constante avaliação e interação entre as equipes é possível dar uma resposta a essa demanda reprimida que atinge as crianças com problemas de maloclusão, em relação à sua saúde bucal, trabalhando com a intersectoridade e multidisciplinarmente devolvendo a estética, a dignidade e qualidade de vida (NESCON/UFMG, 2010).

6.3.1 Grupo de Gestantes:

Participação do dentista junto aos médicos e enfermeiros com os grupos operativos de gestantes.

Considerando que a mãe tem um papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância, ações educativo-preventivas com gestantes qualificam sua saúde e tornam-se fundamentais para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança. Devem-se realizar ações coletivas e garantir o atendimento individual. Em trabalho conjunto com a equipe de saúde, a gestante, ao iniciar o pré-natal, deve ser encaminhada para uma consulta odontológica, que minimamente inclua os seguintes atos, baseados no livro guia – Atenção em Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde (MINAS GERAIS, 2007):

- ✓ Orientação sobre possibilidade de atendimento durante a gestação;
- ✓ Exame de tecidos moles e identificação de risco à saúde bucal;
- ✓ Diagnóstico de lesões de cárie e necessidade de tratamento curativo;
- ✓ Diagnóstico de gengivite ou doença periodontal crônica e necessidade de tratamento;
- ✓ Gengivite gravídica devido a alterações hormonais no período gestacional;
- ✓ Orientações sobre hábitos alimentares (ingestão de açúcares), evitar principalmente a partir do quarto mês e higiene bucal;

- ✓ A importância do aleitamento materno e a sucção para o desenvolvimento da face da criança;
- ✓ Em nenhuma hipótese a assistência será compulsória, respeitando-se sempre à vontade da gestante, sob pena de gravíssima infração ética.

6.3.2 Grupo do Puerpério aos 06 (seis) meses

Participação do dentista junto aos enfermeiros e técnicos de enfermagem orientando as mães, na primeira consulta de puericultura, a mãe deverá ser encaminhada ao dentista para fazer a primeira consulta da criança junto ao mesmo e recebendo informações sobre a importância da amamentação exclusiva até os seis meses de vida, a importância da sucção, higiene bucal dos Coxins gengivais, com o uso de dedeiras, gases ou fraldas. Acompanhamento da criança ao longo de sua vida, pelo dentista, a partir desse estágio.

6.3.3 Grupo de 06 meses aos 6 anos de idade

Aproveitar o ingresso das crianças deste grupo etário, no sistema, nas campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais. Desenvolver atividades em grupo de pais e/ou responsáveis para informações, identificação e encaminhamento das crianças de alto risco ou com necessidades para atenção individual, com ampliação de procedimentos, incluindo os de ortopedia funcional dos maxilares e ortodontia preventiva.

Observar sucção de dedos, lábios, bochechas, línguas e objetos além do uso nocivo das chupetas a partir dos quatro anos de idade.

Observar também os orifícios dos bicos das mamadeiras, e informar às mães que os orifícios deverão ser pequenos, de modo a dificultar a sucção e assim colaborar para o desenvolvimento da face da criança.

A partir dos 06 (seis) meses começa a dentição decídua. Deve-se informar às mães sobre a alimentação mista, de semissólidos a sólida e a importância da higienização.

Observar ainda a deglutição, o selamento labial e a respiração nasal da criança.

6.3.4 Grupo de crianças (6-13 anos):

Participação do técnico de enfermagem, enfermeiros e equipe de saúde bucal.

Observar a dicção da criança (presença de freios linguais que comprometem a fala e a deglutição, caso haja, encaminhar ao cirurgião e ao fonoaudiólogo).

Dentição mista, a partir desta idade há a erupção dos permanentes e é importante observar o posicionamento dos dentes, tamanho, forma, espaços, ausências, entre outros, com exames radiográficos e se estão relacionados com presença de cistos e/ou tumores.

Observar também se há bruxismos (ansiedade ou verminoses).

Na faixa etária dos 12 - 13 anos é importante observar o posicionamento dos caninos, dos arcos superiores e inferiores, pois neste período a dentição está completa.

Dieta saudável com baixa ingestão de açúcar para conservar a dentição permanente.

Nas escolas, no período de escovação supervisionada, a equipe de saúde bucal deve avaliar os problemas de maloclusão e os tipos de mordidas (profunda, aberta e cruzada), hábitos deletérios como onicofagia, sucção da língua ou mordida da língua e o posicionamento dos incisivos.

6.3.5 Grupo dos adolescentes (13 – 18 anos)

Observar fraturas (esportes radicais, violências domésticas), manchas, lesões nos cantos da boca.

A atenção deve ser adaptada à situação epidemiológica, identificando e encaminhando os grupos de maior risco para atenção curativa individual. Ressalte-se a necessidade de organizar fluxos para garantir o atendimento aos adolescentes.

Referenciar:

- ✓ Usuários com diagnóstico de má-oclusão e usuários com necessidade de intervenção preventiva, na qual a ortodontia interceptativa não funciona.
- ✓ Quando necessário priorizar, é importante que os critérios funcional e estético sejam considerados. Priorizar de acordo com a magnitude do impacto psicossocial ou funcional;
- ✓ É importante que seja feito o tratamento individual necessário na atenção primária e nas áreas especializadas antes da intervenção ortodôntica.

Contra-referenciar:

- ✓ Deverá ser enviado o PLANO DE CUIDADO. O usuário portador de aparelho ortodôntico deverá ser acompanhado para verificação de uso de medidas preventivas.

O Plano de Intervenção foi baseado no Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde (NESCON/UFMG, 2010) e no livro guia da Secretaria de Estado da Saúde (SES, 2007), na revisão literária, além das reuniões das equipes de saúde bucal juntamente com a coordenação de saúde bucal de SGRA e a Secretaria Municipal de Saúde, Educação e Transporte, também contando com a participação dos líderes comunitários.

7. CONCLUSÃO

A partir de 2003 com uma nova Política de Saúde Bucal, resgatou-se o direito do cidadão brasileiro à atenção odontológica por meio de ações governamentais, superando o histórico abandono e a falta de compromisso com a saúde bucal da população. Observa-se também, uma mudança na forma de trabalho isolada para um trabalho conjugado, multidisciplinar com interação e comunicação, integrada com as equipes e a população.

A realidade da saúde bucal brasileira mudou com a implantação de programas como a inclusão da saúde bucal no programa Saúde da Família, o programa Brasil Sorridente e o Programa Saúde na Escola. Ações como integralidade, diagnóstico, prevenção e intervenções possíveis na atenção básica são necessárias para diminuir a alta prevalência de maloclusões e o transtorno craniomandibular.

Segundo dados do Programa SB Brasil 2010, da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010), o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4), para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6) no cenário mundial.

Ainda, segundo os dados do SB Brasil 2010, aos 12 anos, 38,8% apresentam problemas de oclusão. Em 19,9% dessas crianças, os problemas se expressam na forma mais branda. Mas 19,0% têm oclusopatia (maloclusão) severa ou muito severa, sendo estas as condições que requerem tratamento mais imediato, constituindo-se em prioridade em termos de Saúde Pública. Segundo o Índice de Estética Denta (DAI), observou-se que a presença de oclusão considerada normal, aos 12 anos, foi semelhante em todas as regiões, com prevalência de cerca de 60%. A região Norte apresentou a menor prevalência (7,4%) de oclusopatias severas do que a região Sudeste (13,0%). No Brasil, a prevalência de oclusopatia severa aos 12 anos de idade foi de 7,1% e nenhuma variação significativa foi observada entre as regiões. (SB Brasil 2010).

Espera-se que este trabalho possa alertar e auxiliar a equipe de atenção básica para a prevenção das maloclusões, de etiologias variadas, e que deverão sempre ser consideradas como alternativa primordial em relação ao tratamento, através de uma ortodontia preventiva, uma vez que, na sua maioria, as maloclusões são condições adquiridas em função de vários fatores, que podem ser trabalhadas na atenção primária e com a participação de toda a equipe multiprofissional.

Diante da alta prevalência das maloclusões e disfunções craniomandibulares, dentre as doenças bucais, e suas implicações sobre o indivíduo, estes problemas tornam-se objetos de interesse da saúde pública. O plano de ação proposto visa propiciar a equipe básica uma busca pela integralidade nas ações em saúde, na multidisciplinaridade e intersectoridade, auxiliando o diagnóstico, a prevenção, a intervenção possível e o encaminhamento precoce dos pacientes com maloclusão. Não se pode esquecer a necessidade de uma educação permanente e continuada, capacitando os membros da equipe para diagnosticar e intervir precocemente, orientando melhor os pais ou responsáveis pelas crianças, na prevenção de hábitos deletérios, salientando a importância da alimentação natural e equilibrada, na higienização, da influência ambiental, na mudança de hábitos, no aleitamento artificial como resultado da industrialização.

A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas, juntamente com a construção desse plano de intervenção foram etapas fundamentais no processo de planejamento a fim de diminuir a alta prevalência de maloclusões no município de SGRA.

Assim, espera-se ampliar o campo intergrado da Saúde Coletiva, propiciando uma estratégia de saúde universal, para que a sociedade possa se desenvolver mais saudável.

8. REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil de 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Levantamento epidemiológico em Saúde Bucal: cárie dental. 1996. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bucal>. Acesso em: jan. 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 92 p. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf. Acesso em: maio. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Caderno de Saúde básica nº 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na Escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CÂNDIDO, I.R.F. et al. Características da Oclusão Decídua em Crianças de 2 a 5 Anos de Idade em João Pessoa, PB, Brasil. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v.10, n.1, p.15-22, jan./abr, 2010.

CORREA, M.S.N.. Odontopediatria na primeira infância. São Paulo: Editora Santos, 1999.

FAUTIN, Jr.,K Ortopedia Funcional dos Maxilares. In:Petrelli, E. Ortodontia Contemporânea. São Paulo – Ed. Sarvier, 1988. P. 211 – 46.

FERRAZ, M.C.A. Manual Prático de Motricidade Oral: Avaliação e Tratamento. 5 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. 141p.

MINAS GERAIS SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Atenção em Saúde Bucal. 2 ed. Belo Horizonte. Livro guia SES/MG, 2007, 290 p.

MOYERS, R. E. Ortodontia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1991.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal: Manual de Instruções. 3ed. São Paulo: Santos, 1991.

CAMPOS, F. C. C; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde. 2 ed Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2010).

PROFFIT, W. R. Ortodontia contemporânea. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

RICHARDSON, A. Ortodontia Interceptativa 2 ed. São Paulo: Editora Santos, 1989.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática x revisão narrativa. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 20, n.2, 2007.

TANAKA, O. Disponível em: <http://www.tanaka.com.br/iframe/06.php>. Acesso em 06 de maio de 2014.

TANAKA, O. et al. Aspectos ortodônticos interceptores da mordida cruzada anterior dentária. (9p. 15ref. 26f.) JBO: J. Bras. Ortod. Ortop. Facial v.3 , n.16 , jul./ago. 1998

TOMITA, N.E.; BIJELLA, V.T.; FRANCO, L.J. Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares. Rev Saúde Pública, v.34, n.3, p.299-303, 2000.

TOMITA, N.E.; PERES, K.G.; Oclusopatias. In: ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A. Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro, 2006. p.83-101.

QUIRÓS, O. Manual de Ortopedia Funcional dos Maxilares e Ortodontia Interceptativa. São Paulo: Editora Santos, 1993.