

Fatores associados às faltas em tratamentos ortodônticos em centro de especialidades odontológicas

Factors associated with absences from orthodontic treatment at a dental specialty center

Emilio Prado Fonseca ¹
 José Pascoal da Silva Junior ²
 Sílvia Amélia Scudeler Vedovello ³
 Luciane Zanin Souza ³
 Antonio Carlos Pereira ¹
 Marcelo de Castro Meneghim ¹

Abstract *The aim of this study was to identify the factors associated with the users failing to keep orthodontic treatment appointments (absences), in three regional dental specialty centers (CEO-R) located in the State of Ceará. Methodology: This was a cross-sectional epidemiological study with secondary data source of 3 CEO-R, from which 237 medical records of complete orthodontic treatments were examined, with 8.283 appointments and 2.665 (32.17%) missing appointments. Data collection was standardized by an electronic questionnaire. Factors associated with users missing appointments were calculated by means of absence rates and thematic maps were constructed based on distributions of the geographical pattern of occurrence. To evaluate the association between the outcome variable (absence from treatment) and the independent variables (sex, age, breakage of appliance, change of professional, income and place of user's residence) multiple logistic regression analysis was used with $p \leq 0.05$. Results: There were high absence rates for both city headquarters and non-headquarter CEO-Rs. The variable change of professional showed statistical significance, in relation to the number of absences. Conclusion: The highest number of absences was associated with change of professional.*

Key words *Absenteeism, Epidemiology, Orthodontics, Oral health, Dental health service*

Resumo *O objetivo deste estudo foi identificar os fatores associados ao não comparecimento dos usuários ao tratamento ortodôntico, em três centros de especialidades odontológicas regionais (CEO-R) localizados no estado do Ceará. Metodologia: Os dados foram extraídos de prontuários de pacientes que concluíram o tratamento ortodôntico. Foi calculada a taxa de ausências, com o objetivo de estabelecer um coeficiente de faltas entre os municípios. A fim de descrever o padrão geográfico da ocorrência, foram construídos mapas temáticos baseados nas distribuições. Para as associações entre a variável desfecho (falta ao tratamento) e as independentes (sexo, idade, quebra de aparelho, mudança de profissional, renda e local de residência do usuário), utilizou-se a análise de regressão logística múltipla com $p \leq 0,05$. Resultados: Foram examinados 237 prontuários em 20 municípios, com 8.283 consultas ortodônticas realizadas e 2.665 (32,17%) faltas. Apresentou diferença estatisticamente significativa a variável mudança de profissional. Conclusão: O maior número de faltas foi associado à mudança de profissional.*

Palavras-chave *Absenteísmo, Epidemiologia, Ortodontia, Saúde bucal, Serviço de saúde bucal*

¹ Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, UNICAMP. Av. Limeira 901, Areião. 13414-018 Piracicaba SP Brasil.

emiliopraddo@ig.com.br

² Centro de Especialidades Odontológicas, Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Russas. Russas CE Brasil.

³ Programa de Pós-Graduação em Ortodontia, Fundação Herminio Ometto-Uniararas. Araras SP Brasil.

Introdução

A atenção secundária compreende unidades de saúde que ofertam serviços especializados de referência, tanto para os municípios com os quais mantém pactuação como para o próprio município à partir da Atenção Primária à Saúde (APS)¹⁻³. A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), lançada em 2004, entre outras iniciativas, promoveu o estímulo na oferta de procedimentos especializados com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)¹, por meio de parcerias entre estados, municípios e governo federal¹. A atenção secundária odontológica no Brasil é uma discussão recente na literatura científica e constitui um grande desafio para a gestão do sistema de atenção em saúde bucal⁴⁻⁶.

A partir da Portaria Ministerial nº 718/SAS, de 2010, foi facultado aos CEO a inclusão de atendimentos especializados em aparelho ortodôntico/ortopédico². O Ceará, seguindo a sua política de regionalização da atenção secundária, implantou os Centros de Especialidades Odontológicas Regionais (CEO-R), desde 2009, com o objetivo de ampliar a oferta e oferecer mais especialidades ao interior do estado⁷. Essa organização adotou o modelo de consórcio público de saúde, como forma de gestão, congregando como entes consorciados o estado e os municípios de cada região de saúde^{8,9}. Deu-se início, assim, à regionalização desse atendimento especializado e os tratamentos ortodôntico/ortopédicos passaram a ser ofertados no interior do estado^{10,11}.

Estudos que analisam faltas a tratamentos especializados de referência, em saúde bucal, têm mostrado que as principais causas para a baixa taxa de aproveitamento de consultas, ou seja, a falta ao tratamento está relacionada à distância entre o município de origem e o alto custo de transporte⁴. Outros estudos relatam que os prováveis motivos para faltas dos usuários em consultas especializadas são: não ter conseguido identificar o local da consulta, não possuir recursos financeiros suficientes para realizar o deslocamento e o tempo deste^{4,12-14}.

Não são claras as razões que levam os usuários a faltarem às consultas especializadas de ortodontia, mas esse fato pressupõe a necessidade de uma supervisão continuada e uma estrutura operacional adequada associada à resolutividade e integralidade do cuidado, além de acarretarem custos desnecessários ao sistema e dificultar o acesso de novos usuários ao tratamento especializado, conseqüentemente, gerando fila^{4,14,15}.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi identificar os fatores associados ao não comparecimento

dos usuários ao tratamento ortodôntico, em três Centros de Especialidades Odontológicas Regionais (CEO-R) localizados no estado do Ceará.

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, transversal, com fonte de dados extraídos de prontuários de pacientes que concluíram tratamentos ortodônticos em três CEO-R do estado do Ceará: Baturité, Russas e Ubajara. Este estudo foi submetido ao comitê de ética em pesquisa e aprovado.

No início de 2014, o estado do Ceará apresentava 18 CEOs-R, sendo que, para a seleção dos avaliados no estudo, foi adotado como critérios de inclusão o tempo mínimo de três anos de implantação, além de apresentarem o mesmo tipo de gestão, infraestrutura física e tipo de tratamento (ortodôntico). Foi realizado um estudo piloto anterior no CEO-R Russas para corrigir possíveis falhas metodológicas. A coleta de dados nos prontuários foi padronizada por um questionário eletrônico, ordenado de forma sequencial de cada unidade pesquisada e alimentado conforme a leitura dos mesmos, de modo a permitir uma revisão dos dados se necessário.

A referência para o tratamento ortodôntico é estabelecida através de uma Programação Pactuada Consorciada (PPC) entre os entes consorciados (constituídos pelo estado e os municípios que compõem a regional) e a unidade de saúde CEO-R da seguinte forma: cada município tem direito a um número específico de vagas para a especialidade que levam em consideração sua população e os recursos humanos existentes para a mesma.

Todos os usuários são marcados pelas centrais de regulação municipais, através de referências externas emitidas pela atenção primária, para primeira consulta. As consultas de retorno são marcadas no próprio CEO ou pela central de regulação municipal. O sistema utilizado para a marcação foi o Sistema de Regulação (SISREG), que é o sistema de informação on-line, disponibilizado pelo DATASUS, para o gerenciamento e a operação das Centrais de Regulação.

A análise dos fatores associados ao não comparecimento dos usuários ao tratamento ortodôntico foi realizada da seguinte forma: primeiro, foi calculada a taxa de faltas para cada município através do cálculo: número total de faltas de cada município dividido pelo número total de consultas de cada município e, em seguida, multiplicado por cem. A fim de descrever o padrão geográfico

da ocorrência, foram construídos mapas temáticos baseados nas distribuições^{16,17}. Os mapas foram construídos por municípios e por CEO-R em programa computacional específico com padronização da legenda em cinco estratos^{16,17}. Também foram traçados dois raios, um de 25 quilômetros e outro de 50 quilômetros, a partir da localização geográfica do endereço da sede dos CEO-R¹⁸. Para a construção dos mapas foi utilizada uma base cartográfica eletrônica disponibilizada pelo IBGE e programa computacional específico^{19,20}.

Para avaliar as associações entre a variável desfecho (falta ao tratamento) e as variáveis independentes (sexo, idade, quebra de aparelho, mudança de profissional, renda e local de residência do usuário) utilizou-se a análise de regressão logística múltipla com $p \leq 0,05$. As análises foram realizadas no programa estatístico SAS (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA, Release 9.2, 2008).

Resultados

No período estudado, foram examinados 237 prontuários de tratamentos ortodônticos conclu-

ídos em 20 municípios. Nesse período, ocorreram 8.283 consultas e um total de 2.665 (32,17%) de faltas. A Tabela 1 mostra o número de consultas, faltas por município, a porcentagem relativa e a taxa de faltas de cada município em relação ao número de consultas. Os municípios de Russas (sede de um CEO-R) e de Morada Nova foram os que realizaram o maior número de consultas e obtiveram baixas taxas de faltas em relação aos demais. O município de Carnaubal não encaminhou pacientes para o tratamento ortodôntico.

As prevalências foram elevadas tanto para os municípios sede quanto para os não sede. A distribuição da taxa de faltas entre os CEO-R e entre os municípios foram heterogêneas e também apresentaram valores significativos, tanto para municípios sede, quanto para os de fora. Em relação aos municípios sede, o de Ubajara foi o que apresentou a maior taxa de faltas. A taxa de faltas ponderada pelo número de consultas permitiu identificar municípios com frequências menores de faltas e que obtiveram elevadas taxas se comparados a municípios com altas frequências de faltas. Ademais, os Municípios de Pacoti e Guaramiranga apresentaram as mais altas taxas

Tabela 1. Frequências e taxa de faltas dos municípios pertencentes ao estado, Ceará, 2015.

Município	Faltas				
	Consultas	n	%	Taxa	Distância**
Araçoiaba	644	249	9.34	38.66	16
Aratuba	237	86	3.23	36.30	37
Baturité*	470	180	6.75	38.30	-
Capistrano	286	93	3.49	32.51	23
Carnaubal	-	-	-	-	44
Croatá	100	46	1.73	46.00	85
Guaraciaba Do Norte	129	46	1.73	35.65	47
Guaramiranga	37	25	0.94	67.56	14
Ibiapina	171	57	2.14	33.30	8
Itapiúna	446	155	5.82	34.75	34
Jaguaretama	205	85	3.19	41.50	132
Jaguaruana	586	114	4.28	19.45	28
Morada Nova	1.260	330	12.38	26.20	54
Mulungu	91	24	0.9	26.37	20
Pacoti	127	66	2.48	52.00	20
Palhano	193	51	1.91	26.42	33
Russas*	1.978	472	17.71	23.86	-
São Benedito	232	110	4.13	47.40	23
Tianguá	374	154	5.78	41.17	16
Ubajara*	464	228	8.56	49.13	-
Viçosa do Ceará	253	94	3.53	37.15	46
Total	8.283	2.665	100	32.17	-

* Municípios sede dos CEO-R. ** Distância aproximada do município à sede do CEO-R em Quilômetros,

de faltas e estão localizados a baixas distâncias do município sede do CEO-R (Baturité). Em contrapartida, o Município de Jaguaruana apresentou a menor taxa de falta entre os municípios e faz o encaminhamento para o CEO-R Russas (Tabela 1).

A Figura 1 mostra que os municípios sede de CEO-R de Baturité e Ubajara também apresentaram altas taxas de faltas. Os CEO-R de Ubajara e Russas possuem, em suas áreas de abrangência, municípios localizados a mais de 50 quilômetros da sede. O CEO-R de Russas possui a maior extensão territorial, enquanto que o CEO-R de Baturité possui a menor extensão territorial. O município de Jaguaretama possui a maior distância em relação à sede (Russas) a que pertence, com 132 quilômetros. Entretanto, os municípios de Mulungu e Pacoti, que estão localizados aproximadamente a vinte quilômetros do CEO-R sede (Baturité), apresentaram taxas de faltas de 26.37 e 52, respectivamente (Figura 1).

Pela regressão foi possível associar a mudança de profissional ao maior número de faltas. Ou seja, quando ocorre a mudança de profissional existe a chance (odds ratio) em torno de duas vezes maior de haver falta (Tabela 2).

Discussão

A mudança de profissional contribui de forma significativa para um prolongamento do tempo de tratamento ortodôntico com aparelho fixo²¹. Pacientes, que por algum motivo são tratados por mais de um profissional, estão comprometidos com respeito à duração do tratamento²¹. É provável que a mudança de profissional tenha desmotivado a continuidade do tratamento e aumentado as faltas. Em outra direção, estudo demonstrou que a falta de motivação está associada, significativamente, com a descontinuação do tratamento ortodôntico e que o papel dos pais é fundamental para a motivação, no percurso do tratamento ortodôntico, em crianças e adolescentes²².

A mudança de profissional foi um fator estatisticamente significativo. Nesse sentido é uma variável importante a ser considerada, pois quando isso ocorre é necessário um reestudo do caso porque muitas vezes os profissionais se utilizam de mecânicas e aparelhos diferentes para se chegar a um mesmo fim²¹. A construção do vínculo entre paciente e profissional é muito importante e sua manutenção deve ser preservada para a assistência odontológica^{21,22}. A troca de profissional pode interromper o vínculo paciente/profissional, podendo ocasionar problemas no âmbito da responsabilização civil, no preenchimento dos prontuários dos pacientes, reinício do tratamento e abandono de tratamento²¹⁻²⁶. Para Rodrigues

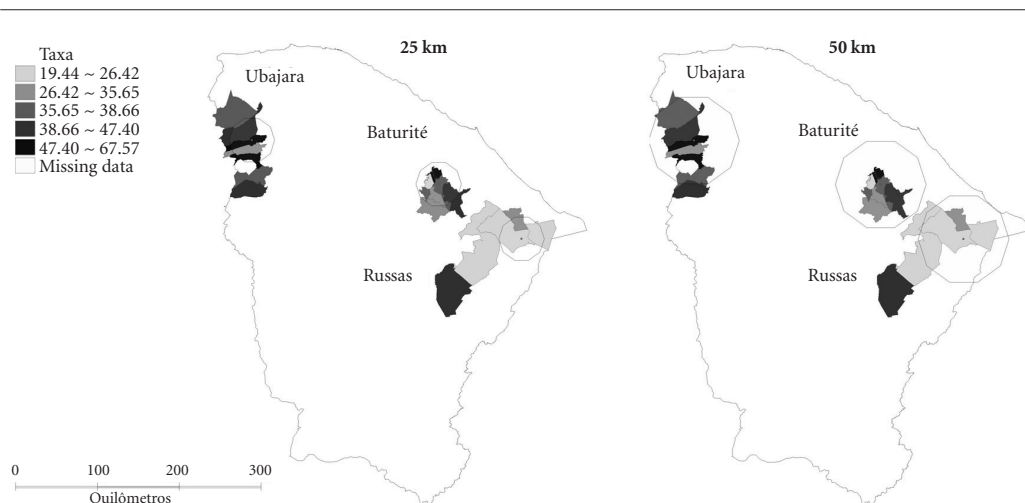


Figura 1. Distribuição espacial da taxa de faltas e raios de abrangência territorial a partir da sede do CEO-R, Ceará, 2015.

Tabela 2. Associação entre o número de faltas dos usuários ao tratamento ortodôntico em CEO-R e fatores contextuais, Ceará, Brasil, 2015.

Variáveis	Coeficiente		Erro padrão	Z	p-valor	odds ratio	IC 95%
	Intercepto	-0.5121					
Sexo							
Masculino	-	-	-	-	-	1	-
Feminino	-0.3672	0.2860	-1.2843	0.1990	0.6926	0.40-1.21	
Idade							
< 14	0.4202	0.3600	1.1671	0.2432	1.5222	0.75-3.08	
> 14	-	-	-	-	1	-	
Mudança Profissional							
Não	-	-	-	-	1	-	
Sim	0.6841	0.3006	2.2757	0.0229*	1.9820	1.10-3.57	
Quebra Aparelho							
Não	-	-	-	-	1	-	
Sim	-0.4539	0.3440	-1.3194	0.1870	0.6351	0.32-1.25	
Renda							
< 1 Salário Mínimo	-0.1110	0.2911	-0.3813	0.7029	0.8949	0.51-1.58	
> 1 Salário Mínimo	-	-	-	-	1	-	
Cidade							
Sede	-	-	-	-	1	-	
Não Sede	0.1024	0.2855	0.3585	0.7200	1.1078	0.63-1.94	

* Significância estatística inferior a 0,05.

et al.²⁵ a escuta e a comunicação com o paciente e/ou responsável devem perpassar todas as fases de produção da saúde e são fatores de sucesso na prática odontológica.

A ausência de prontuários corretamente preenchidos faz com que seja difícil a condução do mesmo por outro profissional²³. Esse achado concorda com o encontrado por Vasquez et al.⁵ que observaram que a precariedade dos prontuários dificulta o correto planejamento dos serviços. A falta de padronização em prontuários pode dificultar não somente a análise de dados epidemiológicos para o melhor funcionamento do sistema, como também, podem causar transtornos se forem requisitados em auditorias ou processos civis e criminais^{23,27}. Em nenhum prontuário examinado constavam as informações sobre escolaridade materna ou familiar. A ausência dessa informação pode ser apontada como limitação para futuros estudos epidemiológicos que utilizem como fonte de dados prontuários de pacientes atendidos pelos CEO-R do Ceará.

A análise da questão “falta” a um tratamento público especializado é complexa quando comparada com estudos internacionais, em razão

dos diferentes desenhos de estudo, metodologias adotadas, tipos de análise estatística e o ambiente que a pesquisa foi desenvolvida (público/privados)²⁸⁻³⁰. Estudo realizado nos Emirados Árabes Unidos apontou que os principais fatores relacionados com a falta a tratamentos odontológicos foram idade do paciente, renda e educação¹⁵. Nesta direção os autores afirmam que o maior prejudicado com a falta acaba sendo o próprio paciente com o aumento do tempo de tratamento, redução na eficiência e diminuição da visualização do benefício em tratamento¹⁵. A relação custo-eficácia é um conceito importante em cuidados de saúde modernos e prolongado tempo de tratamento pode ser prejudicial para a “rentabilidade” de uma prática ou para o sistema de saúde de um país²². Estudo de Beckwith et al.²⁹ mostrou que a falta possui 17,6 por cento da variação na duração do tratamento ortodôntico e que cada falta foi associada a um pouco mais de 1 mês de tempo adicional de tratamento. Estudo no Brasil³⁰ correlacionou significativamente o tempo de tratamento ortodôntico ao número de faltas e representou 4,14% sobre o tempo total de tratamento em adultos.

A descentralização e regionalização são pressupostos que regem a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal¹. Porém, grandes lacunas ainda são observáveis, principalmente, em aglomerados urbanos em razão dos problemas de integração dos equipamentos e serviços³¹. Em Florianópolis, a distribuição dos CEO obedeceu a critérios geodemográficos, mas esbarrou em questões como insuficiência de vagas oferecidas, decisões com base política e não técnica, falta de protocolos de trabalho, logística/transporte, práticas e/ou condutas distintas entre os CEO³¹. Neste estudo foi identificada variação na área de abrangência dos CEO-R, sendo que, dois CEO-R possuem municípios com raio de abrangência maior que cinquenta quilômetros. Este fato pode explicar as prevalências e taxas de faltas a tratamentos ortodônticos. Onde existe uma tendência de implantação de serviços em municípios mais populosos e, conseqüentemente, com maior facilidade para a referência dos usuários aos serviços

especializados. Uma alternativa pode ser o desmembramento dos CEO-R com grandes extensões territoriais em microrregiões. Por se tratar de um estudo epidemiológico transversal, cabe ressaltar que a relação de causalidade entre a variável dependente e as independentes, bem como a utilização de dados secundários são pontos de limitação. Ademais, o não comparecimento à consulta especializada oferecida pelos CEO-R pode se constituir em evento multifatorial.

Conclusão

O maior número de faltas foi associado à mudança de profissional. Dada a complexidade para o setor público, seria importante a incorporação da escuta qualificada de gestores, trabalhadores e usuários para o planejamento e a implementação de ações de enfrentamento ao problema, a fim de melhorar a resolutividade do tratamento público ortodôntico.

Colaboradores

EP Fonseca participou da concepção, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. JP Silva Júnior e SAS Vedovello participaram da concepção, coleta dos dados, análise e interpretação dos dados e aprovação final do manuscrito. LZ Souza e AC Pereira participaram da concepção, análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final do manuscrito. MC Meneghim participou da concepção, análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, aprovação final.

Referências

1. Organização Panamericana de Saúde Pública (OPAS). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *A política nacional de saúde bucal no Brasil: registro de uma conquista histórica*. Brasília: OPAS; 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica referente à Portaria nº 718/SAS, de 20 de dezembro de 2010. *Diário Oficial da União* 2010; 21 dez.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Um Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
4. Saliba NA, Nayme JGR, Moimaz SAS, Cecílio LPP, Garbin CAS. Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. *Rev. odontol. UNESP* 2013; 42(5):317-323.
5. Vasquez FL, Guerra LM, Vitor ES, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Meneghim MC, Pereira AC. Referência e Contrarreferência na atenção secundária em odontologia em Campinas, SP, Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(1):245-255.
6. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(2):259-267.
7. Ceará. Secretaria de Saúde do Estado (SES). *Rede de Assistência*. Ceará. SES; [página da Internet] 2011. [acessado 2014 jun 21]. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/a-secretaria/o-que-e/44946-rede-de-assistencia>
8. Pinto VPT, Teixeira AH, Santos PR, Araújo MWA, Moreira MAG, Saraiva SRM. Avaliação da acessibilidade ao Centro de Especialidades Odontológicas de abrangência macrorregional de Sobral, Ceará, Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(7):2235-2244.
9. Ceará. Secretaria de Saúde do Estado (SES). *PROEXMAES: perfil do programa*. Ceará. SES; [página da Internet] 2008a. [acessado 2014 jun 21]. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/rede-em-construcao/proexmaes/perfil-do-programa>
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Cidades que possuem centros de especialidades odontológicas (CEO) no Ceará*. Brasília: MS; [página da Internet] 2014. [acessado 2014 jun 16]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portal-dab/mapa_centro_especialidades/CEO_CE.php
11. Ceará. Secretaria de Saúde do Estado (SES). *Notícias: mais de 20 mil próteses e aparelhos ortodônticos nos CEOs regionais*. Ceará. SES; [página da Internet] 2012. [acessado 2014 jul 07]. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/45164>
12. Bender AS, Molina LR, Mello ALSF. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. *Revista Espaço para a Saúde* 2010; 11(2):56-65.
13. Souza LF, Chaves SCL. Política Nacional de Saúde Bucal: Acessibilidade e Utilização de serviços odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2010; 34(2):371-387.
14. Machado AT, Werneck MAF, Lucas SD, Abreu MHNG. Who did not appear? First dental visit absences in secondary care in a major Brazilian city: a cross-sectional study. *Cien Saude Colet* 2015; 20(1):289-298.
15. Ismail AI, Saud MH, Al-Selwadi FM. Missed dental appointments in the United Arab Emirates. *J Int Dent Med Res* 2011; 4:132-138.
16. Dent BO. *Cartography, Thematic Map Design*. New York: WCB publishers; 1996.
17. Almeida WS, Szwarcwald CL. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. *Rev Saude Publica* 2012; 46(1):68-76.
18. Werneck GL. Georeferenced data in epidemiologic research. *Cien Saude Colet* 2008; 13(6):1753-1766.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Bases cartográficas do Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
20. Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE). Programa Computacional TerraView®. [acessado 2014 jul 07]. Disponível em: www.inpe.gov.br
21. McGuinness NJ, McDonald JP. The influence of operator changes on orthodontic treatment times and results in a postgraduate teaching environment. *Eur J Orthod* 1998; 20(2):159-167.
22. Daniels AS, Seacat JD, Inglehart MR. Orthodontic treatment motivation and cooperation: A cross-sectional analysis of adolescent patients' and parents' responses. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2009; 136(6):780-787.
23. Meneghim ZMA, Pereira AC, Meneghim MC, Merrotti FM. Prontuário Odontológico no Serviço Público: Aspectos Legais. *Revista Odonto Ciência* 2007; 22(56):118-123.
24. Pinheiro PM, Oliveira LC. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. *Interface (Botucatu)* 2011; 15(36):185-198.
25. Rodrigues CK, Shintcovsk RL, Tanaka O, França BHS, Hebling E. Responsabilidade civil do ortodontista. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial* 2006; 11(2):120-127.
26. Melani RFH, Silva RD. A relação profissional-paciente: o entendimento e implicações legais que se estabelecem durante o tratamento ortodôntico. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial* 2006; 11(6):104-113.
27. Benedicto EM, Lages LHR, Oliveira OF, Silva RHA, Paranhos LR. A importância da correta elaboração do prontuário odontológico. *Odonto* 2010; 18(36):41-50.
28. Mavreas D, Athanasiou AE. Factors affecting the duration of orthodontic treatment: a systematic review. *Eur J Orthod* 2008; 30(4):386-395.
29. Beckwith FR, Ackerman RJ, Cobb CM, Tira D. An evaluation of the factors affecting duration of orthodontic treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1999; 115(4):439-447.
30. Melo ACEO, Carneiro LOT, Pontes LF, Cecim RL, Mattos JNR, Normando D. Factors related to orthodontic treatment time in adult patients. *Dental Press J Orthod* 2013; 18(5):59-63.
31. Mello ALSF, Andrade SR, Moysés SM, Erdmann AL. Saúde bucal na rede de atenção e processos de regionalização. *Cien Saude Colet* 2014; 19(1):205-214.

Artigo apresentado em 13/05/2015

Aprovado em 06/01/2016

Versão final apresentada em 08/01/2016

