



Observatório Ibero Americano de Políticas Públicas em Saúde Bucal

Construindo um
bloco por mais
Saúde Bucal
São Paulo – 2018



Coordenadores

Fernanda Campos de Almeida Carrer

Gilberto Alfredo Pucca Junior

Organizadores

Dorival Pedroso da Silva

Mariana Gabriel

Mariana Lopes Galante

Projeto gráfico

Mary Caroline Skelton Macedo

Observatório iberoamericano de políticas públicas em saúde bucal

Construindo um bloco por mais saúde bucal

São Paulo
ODONTOLOGIA - USP
2018

Revisão: Fernanda Campos de Almeida Carrer, Mariana Gabriel,
Dorival Pedroso da Silva e Mariana Lopes Galante.

Capa e Composição: Mary Caroline Skelton Macedo.

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Carrer, Fernanda Campos de Almeida.

Observatório ibero-americano de políticas públicas
em saúde bucal: construindo um bloco por mais saúde
bucal / [Coord.] Fernanda Campos de Almeida Carrer e
Gilberto Alfredo Pucca Junior: [Org.] Dorival Pedroso
da Silva [et al.] - São Paulo : Faculdade de Odontologia
da USP, 2018
118 p.

ISBN 978-85-7040-009-3

1. Observatório ibero-americano. 2. Políticas
públicas. 3. Saúde Bucal. I. Carrer, Fernanda
Campos de Almeida. II. Pucca Junior, Gilberto
Alfredo. III. Título

APRESENTAÇÃO

Ao receber os exemplares “**Construindo um bloco por mais saúde bucal – São Paulo 2018**”, elaborado pelo Observatório Iberoamericano de Políticas Públicas em Saúde Bucal, no idioma português e espanhol, observamos que a proposta é a identificação de cenários e estratégias dos sistemas de saúde em alguns países da América Latina, com ênfase nas políticas de saúde bucal.

A qualidade dos artigos e a representatividade dos professores presentes nesta proposta estabelecem reflexões e desafios que favorecem discussões e divulgações de estudos e de pesquisas de modelos mais condizentes para atingirmos índices e avanços ideais na saúde bucal das populações envolvidas, capaz de colaborar com a saúde integral das pessoas. Neste sentido, como responsabilidade social, as Universidades e as Escolas de Odontologia assumem um papel fundamental, pois podem, por meio de ênfases na inovação, em planejamento estratégico e em perspectivas de transformação do ensino com motivação social contribuir para a formação de líderes em educação e saúde.

Congratulo e parabenizo os professores Fernanda Campos de Almeida Carrer, Gilberto Alfredo Pucca Júnior, Dorival Pedroso da Silva, Mariana Gabriel, Mariana Lopes Galante e Mary Caroline Skelton Macedo, organizadores, bem como a equipe de professores colaboradores do Brasil, Argentina, Bolívia, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, Haiti, México, Paraguai, Peru, República Dominicana e Uruguai pelo empenho na preparação destas informações. Deixo também um agradecimento especial à Pró Reitoria de Cultura e Extensão Universitária da Universidade de São Paulo pelo apoio em financiar esta divulgação por meio do Edital Santander USP de Direitos Fundamentais e Políticas Públicas (2017.1.238.23.4).

Prof. Dr. Rodney Garcia Rocha
Diretor da Faculdade de Odontologia da USP
Gestão 2017-2021

PREFÁCIO

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar”. Eduardo Galeano

Viver junto. Trabalhar junto. Pesquisar junto. Conjunto. Ao fazer junto constrói-se o coletivo, assim é a exegese da Saúde Bucal Coletiva.

Este trabalho é fruto da produção coletiva do conhecimento científico, numa área que visa ao desenvolvimento de políticas públicas para as comunidades Ibero-Americanas. A Saúde Bucal Coletiva (SBC) é o campo da Saúde, por princípio Interdisciplinar, que se dedica à Saúde Bucal das Populações e Indivíduos em seus contextos, bem como aos Serviços e Sistemas de Saúde.

Ao desenvolver as atividades do Observatório Ibero-americano de Políticas Públicas em Saúde Bucal, os autores buscam apresentar um retrato da saúde bucal de seus países e, assim, refletir sobre suas políticas de Saúde Bucal, e em como melhorar a qualidade de vida e saúde de suas populações.

Desse ponto de vista é que se coloca o coletivo, numa perspectiva filosófica ou social enfatizando a interdependência das populações locais e concentrando seus objetivos na comunidade, na sociedade, nação ou país, não requerendo, portanto, um sistema de governo ou político para existir, mas devendo proporcionar uma igual quantidade de liberdade e igualdade de oportunidades para desenvolver habilidades e talentos próprios. Essa é a intencionalidade deste empreendimento.

O prefixo ibero- e o adjetivo ibérica referem-se à Península Ibérica na Europa, que abrange Portugal e Espanha. A Ibero-América inclui todos os países de língua espanhola na América do Norte, Central e do Sul, além do único país lusófono da região, o Brasil. Portugal e Espanha são, eles próprios, incluídos em algumas definições. Desta forma, estamos todos ligados, tanto do ponto de vista histórico como cultural e, agora numa visão progressista de construir coletivamente a melhoria da Saúde Bucal nas Américas.

Dentro desse enfoque, este primeiro produto nos dá a dimensão do trabalho conjunto realizado por um grupo de pesquisadores, atuando pelo coletivo, na área de Saúde Bucal. Assim é de se felicitar os que conceberam o formato do livro, pois ele transmite uma forte imagem do que foi o passado e do que o futuro poderá descortinar. Muitos são os caminhos que, quando seguidos, conduzem à boa saúde bucal, e o conceito de construção também implica que há um começo, um estado atual e um espaço adiante. Há um caminho adiante a ser construído, o qual deverá ser melhor que o do passado. Os países devem se preparar para atuar com uma gama imensa de necessidades em Saúde Bucal e procurar as ferramentas apropriadas para abordar, simultaneamente, os múltiplos problemas.

É importante que obras como esta, que contam o estado da Saúde Bucal em seus países, deixam um legado para que as gerações futuras possam conhecer e observar os eventos históricos de saúde no contexto de outras circunstâncias sociais e apreciar as soluções que tiveram de ser buscadas

A história dos progressos realizados nesses países é importante para as Américas e aponta as diferenças que existem entre as regiões ibero-americanas.

Trabalhar coletivamente todos os dias com os países da região para melhorar e proteger a saúde bucal de suas populações e desta forma promover o direito de todos à saúde.

A missão do Observatório Latino-americano de Políticas Públicas em Saúde Bucal é a de fortalecer os serviços de saúde bucal, através da comunicação e colaboração entre os países membros, para fornecer informações e recursos necessários na promoção de cuidados de saúde bucal, de igualdade e qualidade para todas as pessoas nas Américas, especialmente para as populações mais vulneráveis.

MARIA ERCILIA DE ARAUJO
Professora Titular de Saúde Coletiva da FOU SP

Latin American Oral Health Association - LAOHA



A **LAOHA** - Latin American Oral Health Association foi fundada no Brasil, em maio de 2015, com o apoio de docentes de duas importantes instituições de ensino superior brasileiras, a Universidade de São Paulo (USP) e a UNG Universidade. Ambas instituições e suas afiliadas são responsáveis pelo desenvolvimento técnico e/ou científico da Associação.

A **LAOHA** é uma associação de direito privado, sem fins econômicos, de caráter científico, educacional, filantrópico e assistencial, cujo principal objetivo é apoiar a formação de novos pesquisadores e, através da concessão de bolsas de estudos e projetos de pesquisas, disseminar novos conhecimentos que possam contribuir para a melhoria da saúde bucal da população na América Latina e demais regiões.

O apoio tem seu foco em profissionais que apresentem diferenciais de excelência acadêmica e liderança, mas que por motivos geográficos e/ou financeiros, não conseguiram se aprofundar nos estudos em seus países ou locais de origem. A eles é dada então a oportunidade de melhorar a sua formação em centros de excelência e, ao final, regressar comprometidos em promover mudanças positivas na saúde e na pesquisa odontológica em sua região de origem.

Na promoção de mudanças nas políticas públicas de saúde bucal, a Associação procura apoiar ações de intervenção clínico-epidemiológicas que devem fazer parte das atividades de trabalho das unidades de atendimento à população.

Assim, a **LAOHA** busca contribuir para o desenvolvimento científico da odontologia e melhoria da saúde bucal da população latino-americana através da pesquisa e educação.

Giuseppe Romito
Presidente da LAOHA

ORGANIZADORES

Fernanda Campos de Almeida Carrer (Coordenadora)
Gilberto Alfredo Pucca Junior (Coordenador)
Dorival Pedroso da Silva
Mariana Gabriel
Mariana Lopes Galante
Mary Caroline Skelton Macedo

EQUIPE DE COLABORADORES

BRASIL: Mauricio Bartelle Basso, Carina de Souza Paiva, Fernanda Wandembruck Goedert, Patricia Araújo Pereira Azevedo, Renata Presti Alves, Luiza Santos Scontre, Fábio Carneiro Martins, Ronald Pereira Cavalcanti, Said Yasser Said Abdallah, Samuel Jorge Moysés

ARGENTINA: Melania González y Rivas

BOLÍVIA: Shirley M. Flores Villegas

CANADÁ: Mark Tambe Keboa, Mary Ellen Macdonald, Belinda Nicolau

CHILE: Marco Cornejo Ovalle, Lorena Coronado Viguera

COLÔMBIA: Gabriel Jaime Otálvaro Castro, Sandra Milena Zuluaga Salazar, Gonzalo Jaramillo Delgado, Jairo Hernán Ternera Pulido, Sebastián Sandoval Valencia

COSTA RICA: William Brenes, Rafael Porras, Alvaro Salas, Hugo Mora, Gustavo Bermúdez, Grettel Molina, Rossi Brender, Melissa Rojas, Angelina Sandoval, Ronni Hirsch, Federico Hoffmaister, Manuel Zamora, Nora Chaves, Ana Cecilia Murillo, Ana Cristina Parra, Susan Lugo

CUBA: Maritza Sosa Rosales

EQUADOR: Angélica Narváez Chávez, Alba Narcisa Coloma

HAITI: Jean-Raymond Ernst Joseph

MÉXICO: Heriberto Vera Hermosillo, Olivia Menchaca Vidal

PARAGUAI: Concepción Giménez de Chamorro, Cristina Caballero García

PERU: Carlos Francisco Garcia Zavaleta, Flor de María Pachas Barrionuevo, Ana Soledad Arana Sunohara

REPÚBLICA DOMINICANA: Adolfo Rodríguez Nuñez

URUGUAI: Pablo Bianco, Liliana Queijo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
 BRASIL	10
 ARGENTINA	16
 BOLIVIA	29
 CANADÁ	40
 CHILE	48
 COLÔMBIA	54
 COSTA RICA	60
 CUBA	66
 EQUADOR	73
 HAITI	79
 MÉXICO	83
 PARAGUAI	90
 PERU	100
 REPÚBLICA DOMINICANA	110
 URUGUAI	112



INTRODUÇÃO

O Observatório Ibero Americano de Políticas Públicas em Saúde Bucal, tem como objetivo reunir pesquisadores da América Latina, América Central e Espanha, que se dediquem ao estudo das políticas públicas em saúde bucal, em seus países e fora deles.

Este grupo pretende potencializar as pesquisas na área e, aumentar a colaboração entre os países membros, de modo que a pesquisa na área da saúde pública e na saúde bucal coletiva possam ganhar em qualidade e quantidade de publicações e cooperações. Uma rede de colaboração capilarizada entre nossos vizinhos pode estabelecer novos marcos teóricos, que permitam avançar na construção de um modelo de sistema de saúde, que tenha a saúde bucal como uma de suas prioridades e que seja capaz de oferecer o cuidado em saúde integral, de forma justa e socialmente sustentável.

Paralelamente, o grupo deve desenvolver material educativo que possibilite e fomente a discussão ao redor do tema da inserção da saúde bucal nos sistemas de saúde ao redor do mundo. Tanto nos cursos de graduação, quanto de pós-graduação, mas fundamentalmente na sociedade em geral, a discussão sobre saúde pública e a inclusão do cuidado integral e universalizado à população deve ser discutida. Não é possível garantir cuidado integral aos indivíduos e às coletividades sem garantir o acesso aos cuidados em saúde bucal, em todos os níveis de atenção, e este deve ser direito fundamental de cidadania.

Nosso grupo acredita que a informação é um instrumento estratégico de empoderamento, para que haja pressão por parte da sociedade e, que esta seja catalizadora da vontade política e interesse por parte de formuladores de políticas públicas na busca de garantir saúde efetiva para todos.





Brasil



**Autores: Fernanda Campos de Almeida Carrer, Mariana Gabriel,
Gilberto Alfredo Pucca Junior, Dorival Pedroso da Silva.**

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a organização, legalmente constituída, para viabilizar a ousada e complexa política de saúde brasileira e traz consigo as diretrizes e preceitos desta política. Estabelecido e concebido com base no conceito ampliado de saúde, que inclui os condicionantes sociais, econômicos, culturais, além dos biológicos, tendo sempre em vista a intersetorialidade e a integralidade de suas ações, aglutinando uma série de ações e órgãos que orquestrados e organizados, nas esferas municipal, estadual e federal, articulam ações diversas no campo da saúde pública.

A lei 8080 de 1990¹, que regulamentou o SUS, deu início a uma nova era, em que o direito à saúde foi descrito na Carta Magna Brasileira² como: "um direito de todos e um dever do Estado", pois isso nem sempre foi assim. Imediatamente antes da implantação do SUS, o direito ao atendimento público de saúde, no Brasil, ficava restrito àqueles que possuíam carteira assinada de trabalho e, portanto, contribuíam para a previdência social mensalmente, excluindo grande parcela da população, que sem acesso à rede pública de saúde, recorria ao atendimento particular ou às casas de misericórdia, dentre outros mecanismos menos ortodoxos.

O papel do SUS não se limita à prestação de serviço de saúde, sendo responsável pela articulação e coordenação de ações que vão da promoção à saúde, passando pela prevenção, tratamento e reabilitação, além disso outras atribuições incluem: a vigilância em saúde, a ordenação da formação de recursos humanos em saúde, organização e gerenciamento dos sistemas de informação.

Desde a implementação do SUS, a situação de saúde da população brasileira mudou, e de acordo com Mendes (2011)³ apresentamos uma tripla carga de doenças, o que contribuiu para as modificações do sistema de saúde ofertado. Para dar conta dessa nova condição foi proposto um mecanismo de cooperação e coordenação de gestão por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que têm como um dos objetivos garantir a linha do cuidado de maneira integral e mais eficiente para o paciente e para o sistema, tendo como ordenadora do cuidado da atenção primária à saúde através da Estratégia de Saúde da Família (ESF)⁴. Esta estratégia é composta por uma equipe multiprofissional com médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários, podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.





O SUS baseia-se em princípios doutrinários que se complementam, sendo eles:

Universalidade	Assegura a todos, brasileiros e estrangeiros residentes ou não, que estejam em território nacional, acesso irrestrito a TODOS os serviços e bens prestados pelo SUS.
Integralidade	Este conceito contempla pelo menos quatro dimensões da integralidade, à saber: a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial.
Equidade	Entendida como um princípio que trata os diferentes e de forma desigual. Também se contempla na equidade o princípio da racionalização de recursos, que escassos, devem ser distribuídos na medida da complexidade dos casos. O conceito de equidade se contrapõe ao conceito de desigualdade e está intimamente ligado ao conceito de justiça.



A saúde não deve ser dissociada, fragmentada ou compartimentalizada, mas ela pode ser compreendida em várias dimensões, que devem ser preservadas, cuidadas e que quando trabalhadas, respeitando suas peculiaridades, podem facilitar a formulação de políticas públicas e ações específicas.

Devemos lembrar que as doenças bucais implicam em limitações ao trabalho, ao rendimento escolar, à vida em sociedade e com a família, entretanto o que se pretende com este texto é enfatizar as diversas dimensões (bio-psico-social) do processo de adoecimento da boca, lembrando aqui, portanto, que ações de cuidado dessas doenças devem ser pensadas do ponto de vista do conceito ampliado de saúde e que pensar saúde bucal na lógica do tratamento individual e unicausal é um erro que perdurou por décadas no sistema público e privado brasileiro e, que começou a ser corrigido nos últimos anos.

A Política Nacional de Saúde Bucal: Brasil Sorridente:



O SUS foi constituído com base na integralidade do cuidado, entretanto, em 2004, em um novo contexto político, com clara priorização de políticas de bem estar social, definiu-se a nova política nacional de saúde bucal (PNSB)⁵ denominado de "Brasil Sorridente". A saúde bucal foi declarada área estratégica e a Coordenação Nacional de Saúde Bucal, para a organização deste novo modelo, alinhado à Política Nacional de Saúde e baseado nos princípios da estratégia de saúde da família, a rede de cuidado em saúde bucal foi pensada com base nas linhas do cuidado da criança, do adolescente, do adulto, do idoso, com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar.

A linha do cuidado implica num redirecionamento do processo de trabalho, no qual o bom funcionamento da equipe de trabalho é um de seus fundamentos de maior importância. Para se adequar ao novo modelo de processo de trabalho, é fundamental o trabalho com os conceitos de interdisciplinaridade e multiprofissionalismo, devendo ser pensadas e realizadas na lógica da integralidade da atenção, da intersetorialidade, ampliando a rede (figura 1) e qualificando a assistência, sem abrir mão das ações de prevenção e promoção de saúde (figuras 2 e 3) e de garantir acesso às áreas mais vulneráveis do país, através, por exemplo das Unidades Móveis Odontológicas (UMO-Figura 5).



Como parte importante da estratégia de expansão e adequação do modelo de atenção à saúde bucal no SUS, o aumento de Equipe de Saúde Bucal (ESB) junto à ESF tem proporcionado melhoria no acesso e, conseqüentemente, permitido que o restante da rede seja viabilizado. Além do aumento de número de equipes (ESB) que saltou de 42.619 (2002) para 22.139 (2012). Os registros do MS no ano de 2012 indicavam que 4907 cidades possuíam pelo menos uma ESB, contrastando com o apontado pelos índices, registrando 2.302 cidades em 2002, a cobertura cresceu de 7% em 2002 para 39% em 2012.

A criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), foi um marco na atenção à Saúde Bucal no Brasil. Atualmente, a rede de atenção integrada à saúde bucal pode contar com a atenção primária alocada na Unidade Básica de Saúde e com a atenção secundária mais dispersa pelo território da rede, respeitando o princípio da gestão de que os recursos mais abundantes e de maior necessidade e demanda por parte da população, devem ficar mais próximos do usuário e disseminados pelo território.

A alta complexidade em Odontologia sempre foi um ponto crítico, devido ao fato de outros atores entrarem neste cenário com interesses divergentes da proposta estabelecida pela Política de Saúde Bucal.

Por mais que o Brasil Sorridente tenha enfrentado as resistências, ele tem aberto caminhos para a Odontologia no nível terciário de atenção. O credenciamento de Cacons (Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia) e Unacons (Unidades de Assistência de Alta Complexidade) foi vinculado a presença do dentista na equipe, o que garante que os pacientes oncológicos tenham acesso à atenção odontológica antes, durante e depois de seu tratamento. Atualmente, o CD pode internar pacientes, o que não era possível legalmente no passado. Na agenda do Ministério da Saúde, também está inserida a ampliação no atendimento de pacientes com necessidades especiais sob sedação e anestesia geral, além de outros elementos da Odontologia Hospitalar.

A Odontologia brasileira pode comemorar, temos a maior política pública de saúde bucal do mundo, com o Brasil Sorridente, houve a expansão de 450% no provimento de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, mas ainda temos uma cobertura populacional de cerca de 40%, deixando grande parte da população sem acesso aos serviços de saúde bucal ⁶.

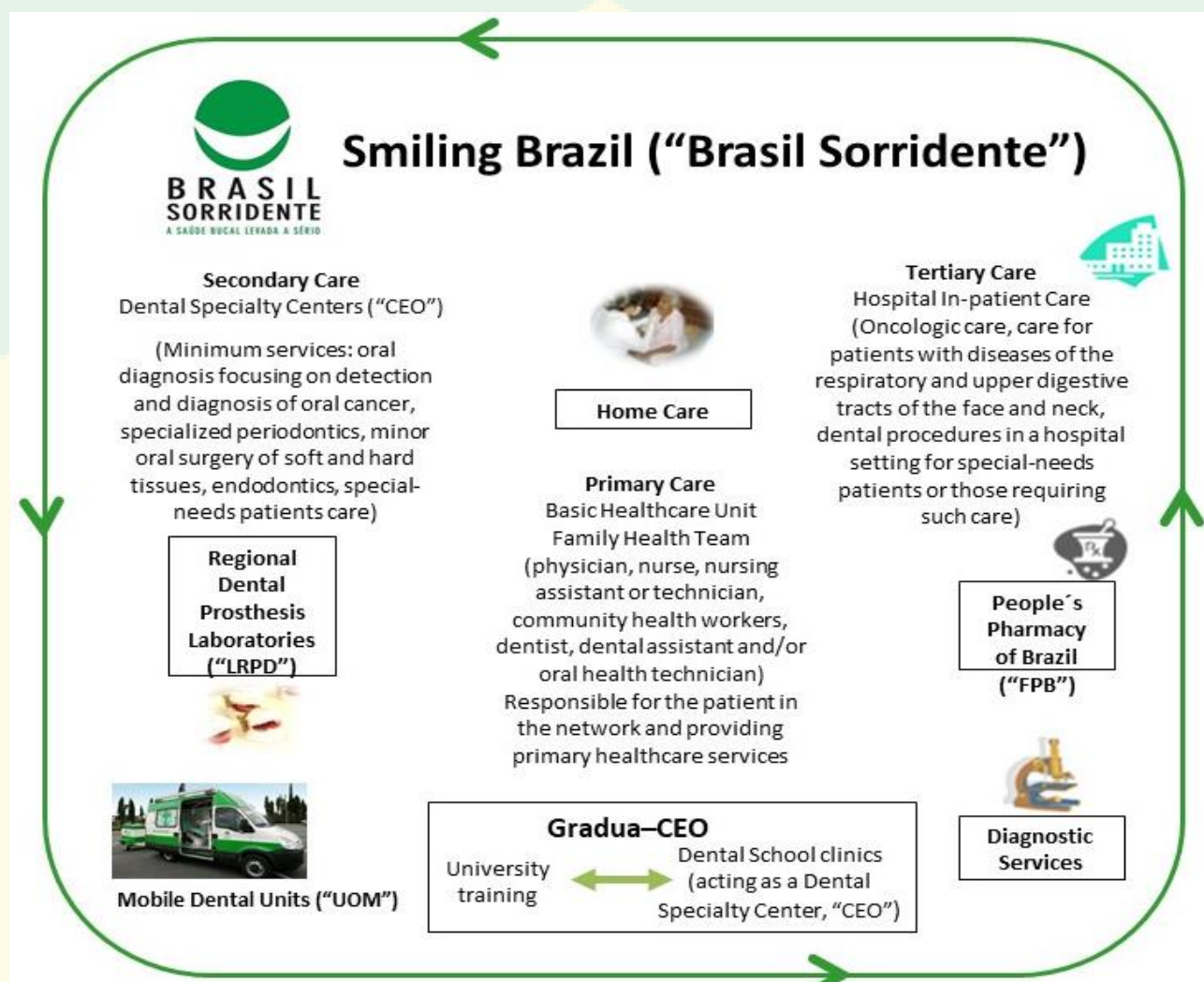


Figura 1. Esquema da rede poliárquica de saúde bucal do Brasil Sorridente. Pucca et al, 2015.

No dia 10 de Junho de 2016, um grupo de senadores, deputados, e entidades de classe, entregou um projeto de lei que transforma o Brasil Sorridente em política federal. Hoje 30% dos dentistas brasileiros estão ligados ao SUS, que é o maior empregador de nossa classe, temos dentistas trabalhando em aproximadamente 15.000 unidades básicas de saúde espalhadas pelo Brasil, nos mais de 1000 CEOS e em todos os Cacons e Unacons e estas conquistas estão ameaçadas e precisam ser protegidas por força da lei.



Figura 2. Kit de higiene dental distribuído pelo programa Brasil Sorridente.



Figura 3. Estação de tratamento de água.



Figura 4. Laboratório Regional de Prótese Tocantins.



Figura 5. Unidade Móvel Odontológica.

Referências:

1. Brasil. Lei No. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Brasil; 1990.
2. Brasil. Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988, Título VIII da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, Artigo 200-III. Senado, Brasília: DF. 1988. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm.; 1988.
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cien Saude Colet. 2010;15(5):2297–2305. doi:10.1590/S1413-81232010000500005.
4. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Vol I.; 2012. <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
5. Pucca Jr GA, Suassuna A, Solla J, Costa H, Brasil. Ministério Da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Portal da Saúde. 2004;16. http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf
6. Pucca GA Jr, Gabriel M, de Araujo ME, de Almeida FC. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. J Dent Res. 2015 Oct;94(10):1333-7. doi: 10.1177/0022034515599979. Epub 2015 Aug 27. PubMed PMID: 26316461.



Argentina



Autora: Melania González y Rivas.

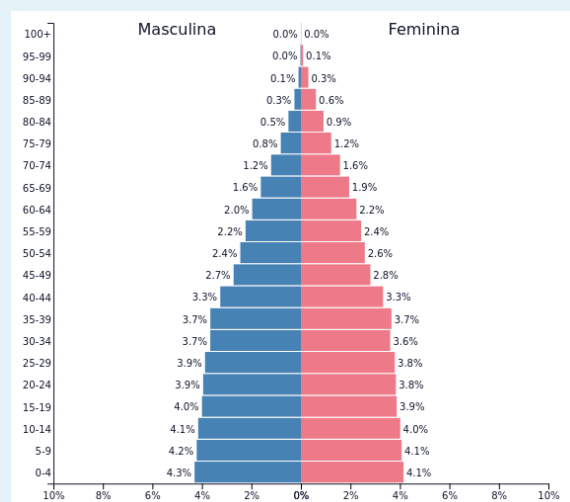
A SAÚDE BUCAL NA REPUBLICA ARGENTINA.

A Argentina é um estado federal descentralizado, formado por um Estado nacional composto por vinte e quatro jurisdições com sua própria bandeira e autonomia política, com vinte e três províncias e uma cidade autônoma.

Apresenta uma área de 2.780.400 km², é o maior país de língua espanhola do planeta, o segundo maior da América Latina e o oitavo no mundo, considerando-se apenas a área continental sujeita a soberania efetiva.

Demografia da Argentina

É um país com baixa densidade populacional, com grande concentração na Grande Buenos Aires (38,9%), principalmente urbano, 92% e com grande proporção de pessoas com mais de 60 (14,3%). Tem altas taxas de expectativa de vida (75,3 anos) e alfabetização (98,1%).



Registra índices sócio-profissionais diversificados que estão ligados ao posicionamento e à distribuição territorial. A taxa de mortalidade infantil é de 9,6% (2013). O desemprego é de 7,1% (INDEC, segundo trimestre de 2012). As taxas de pobreza em relação a 2016, de acordo com o INDEC atinge 30,3% .

TOTAL ARGENTINA	44.542.210
População masculina atual (48,9%)	21.789.080
População feminina atual (51,10%)	22.753.130



Sistema de Saúde:

O sistema de saúde argentino é composto por três subsistemas: o público, o das Obras Sociais e o privado.

O **setor público** é composto pelos ministérios nacionais, e provinciais e pela rede de hospitais e centros de saúde pública que presta cuidados gratuitos a qualquer pessoa que necessite, principalmente para pessoas sem segurança social e incapazes de pagar. É financiado com recursos fiscais e recebe pagamentos ocasionais do sistema de segurança social quando atende seus membros.

O setor público é composto pelo Ministério da Saúde da Nação, pelos Ministérios de Saúde Provinciais e pela rede de hospitais e centros de saúde pública que presta atendimento gratuito a qualquer pessoa que o solicite, principalmente para pessoas dos quintis de renda mais baixos. , sem segurança social e sem capacidade de pagamento (36% da população). Este setor é financiado com recursos fiscais no valor de 2,2% do PIB (que vem principalmente de contribuições provinciais) e recebe pagamentos ocasionais do sistema de segurança social quando atende seus membros. Dentro deste sistema, há uma multiplicidade de programas - alguns deles financiados com créditos internacionais - como SUMAR, Funções Essenciais de Saúde Pública (Banco Mundial) e Redes (Banco Interamericano de Desenvolvimento), que visam assegurar atividades em populações de maior vulnerabilidade.

O **setor de seguridade social** obrigatório é organizado em torno das Obras Sociais que asseguram e prestam serviços aos trabalhadores e suas famílias. A maioria das Obras Sociais opera através de contratos com prestadores privados e são financiados com contribuições de trabalhadores e empregadores. O setor de seguro social obrigatório está organizado em torno das Obras Sociais (OS) (mais de 200 com uma despesa de 1,59% do PIB) e 24 provincial (0,74% do PIB), que asseguram e prestam serviços aos trabalhadores e suas famílias (42% da população). Além disso, o Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas - PAMI - fornece cobertura aos aposentados do sistema nacional de pensões e suas famílias (20% da população com uma despesa que atinge 0,75% do PIB). As províncias possuem um sistema operacional que abrange funcionários públicos em sua jurisdição. A maioria das OS funciona através de contratos com fornecedores privados e são financiados por contribuições de trabalhadores e empregadores.

O **setor privado** é composto por profissionais de saúde e estabelecimentos que atendem pacientes, beneficiários das obras sociais e seguro privado. Este setor também inclui entidades de seguro voluntário chamadas de Empresas de Medicina pré-pagos, que são financiadas principalmente com afiliações pagas por famílias e/ou empresas.

Essas condições estruturais representam a fragmentação institucional e segmentação de seu sistema de saúde. No caso do subsector público, observou-se a existência de uma articulação limitada entre as jurisdições a nível nacional, provincial e municipal.



Nos setores das Obras Sociais e privado, complica-se devido à sua composição heterogênea devido ao número de organizações, tipo de população, cobertura fornecida, recursos financeiros por afiliado e modalidade de cobertura.

Este setor também inclui uma centena de entidades de seguro voluntário chamadas de Empresas de Medicina Prepaga –EMP– que são financiados com pagamentos efetuados por famílias ou empresas e, com recursos derivados de contratos com sistemas operacionais (8% da população). A despesa com os serviços oferecidos é fornecida em consultórios e instalações privadas.

As Obras Sociais nacionais são reguladas pela Superintendência de Serviços de Saúde –SSS–, cujo principal objetivo é assegurar o cumprimento das políticas para seus afiliados. As Obras Sociais nacionais e as Empresas de Medicina Prepaga, têm a obrigação de atender o Programa Médico Obrigatório (PMO) e seu cumprimento é supervisionado pela SSS.

Os recursos que a Argentina gasta em serviços de atenção à saúde superam 8.5 % do PBI, um dos níveis mais elevados de América Latina. Embora a toda população tenha acesso aos serviços oferecidos pelo setor público, os resultados obtidos na saúde ainda são insuficientes em relação aos recursos alocados ao setor, e há desigualdades em saúde, no nível de gastos, bem como em as condições humanas e insumos para o acesso efetivo aos serviços nos diferentes territórios e grupos populacionais da Nação.

A autoridade nacional de saúde, por sua estrutura federal e recursos gerenciados, tem capacidade limitada para influenciar os poderes provinciais e não reúne poder suficiente para impor inovações legislativas que resultem em mudanças transcendentais; para isso, deve chegar a um amplo consenso, aqueles que já foram tentados através dos esforços dos planos federais de saúde e fortalecimento do papel do Conselho Federal de Saúde -CO- [Funções Essenciais de Saúde Pública: sua implementação na Argentina e desafios para a saúde universal FESA.

Consciente dessa realidade, o atual governo (2015-2019) propôs 12 objetivos de saúde para o país. Dentre eles, suas prioridades são cobertura de saúde universal; desenvolver uma agência de avaliação de tecnologia da saúde e um sistema de credenciamento de qualidade. Esses objetivos são interdependentes, uma vez que a proposta de ampliar a cobertura em uma primeira fase começa pela denominação de todos aqueles que não estão afiliados à segurança social - especialmente aqueles mais vulneráveis - para que, gradualmente, em uma fase posterior, possam ter acesso efetivo ao PMO (que exige sua atualização como condição prévia quando a agência de avaliação estiver em funcionamento).

Atualmente, o projeto está no Parlamento) e para garantir uma qualidade homogênea (requer um sistema nacional de credenciamento). Essas propostas exigirão - mais do que recursos financeiros - a capacidade de alcançar acordos entre os diferentes atores, de modo que o desejo de acesso equitativo a serviços similares possa ser materializado em termos de proteção financeira, oportunidade e qualidade, independentemente da condição de trabalho, residência e nível de renda.

RECURSOS HUMANOS NA ODONTOLOGIA

A estimativa confiável e atualizada dos recursos humanos profissionais da Odontologia argentina é um elemento fundamental e necessário para tomar decisões sanitárias, a médio e longo prazos.

De acordo com dados oficiais estimados pelo Censo Econômico Nacional de 2010, equivaleria a 53.011 o número de dentistas no país. De acordo com a Federação Argentina de Colégios Odontológicos (FACO), o número de graduados é de 1.500 colegas por ano. Fazendo uma inferência desde 2010 até o presente, em 2017, temos aproximadamente 63.511 dentistas argentinos. Eles representam em relação à densidade de população atual, um dentista a cada 701 habitantes e 6,08% de todas as profissões.

Levando em consideração a dispersão significativa dos dentistas, há uma marcante tendência a que permaneçam majoritariamente nas grandes cidades e em menor proporção nas zonas rurais.

Como grande falha, não se tem acesso a dados atualizados, sobre o número atualizado de especialistas no seu local de residência.



Formação de Recursos Humanos em Odontologia na Argentina

A capacitação em pós-graduação em Saúde Pública é um processo fundamental para o desenvolvimento da saúde, uma vez que o desenvolvimento de profissionais bem treinados resultará na possibilidade de prevenir problemas que afetem a saúde bucal da população.

A capacitação de Recursos Humanos no campo da Odontologia requer intervenções conjuntas entre os setores de Saúde e Educação, que devem ser direcionados ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, ao desenvolvimento de equipes de saúde, garantindo equidade e qualidade na formação profissional, promovendo a retenção de estudantes em carreiras na área da saúde em todo o país.

Os debates atuais em diferentes fóruns sobre o desenvolvimento dos recursos humanos na saúde revelam uma preocupação compartilhada em diferentes regiões do mundo sobre as necessidades e adequação do ensino - aprendizagem da disciplina. Verifica-se que emerge uma responsabilidade social diferente do passado, na missão de formar líderes em saúde pública.

Isto é expresso no questionamento do porquê e como treinar os futuros profissionais na área da saúde, indo além das preocupações essenciais sobre os conteúdos relevantes, também abrange os princípios, estratégias e metodologias de aprendizagem que garantam a apropriação de uma capacidade efetiva de intervenção em relação às necessidades de saúde em contextos reais.

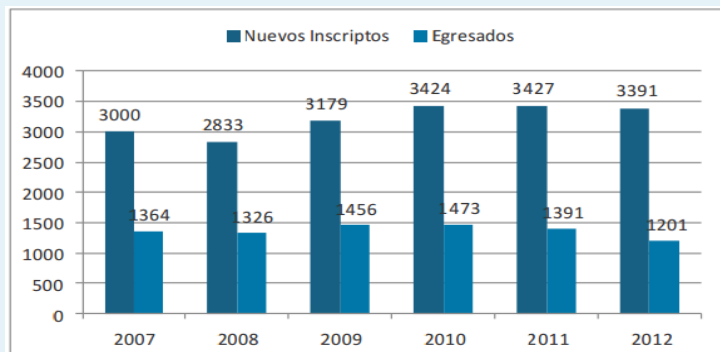
Deve-se ter em mente que a formação em pós-graduação é uma capacitação para adultos, portanto metodologias e ferramentas de pedagogia foram desenvolvidas para outros níveis educacionais. É inevitável fazer uma seleção crítica de metodologias para evitar o risco de tornar os processos complexos. O adulto aprende incorporando conceitos ou valores.

Uma perspectiva construtivista dos programas de pós-graduação para profissionais de saúde é mais analógica do que uma perspectiva escolar, onde os modelos de aprendizagem que os alunos e os professores trazem de suas experiências em outros níveis educacionais são reproduzidos involuntariamente. Nesse sentido, entende-se que a aprendizagem é mais importante do que o ensino. Os pós-graduados trabalharam arduamente em muitos casos para melhorar o ensino, mas o processo mais difícil de melhorar está relacionado ao conteúdo e à modalidade de aprendizagem dos participantes.

Para obter sucesso no processo de aprendizagem, deve-se manter uma motivação adequada, incluindo exercícios reais de aplicação e problematização nas dimensões da intelectualidade e emotividade, como uma poderosa ferramenta para desencadear processos que motivam a pesquisa e a formação científica.

Segundo Borrell Bentz (2000), As condições reais de desempenho profissional exigem habilidades interpessoais, habilidades de comunicação e trabalho em equipe. No sentido analógico, a aprendizagem em grupos interdisciplinares, as apresentações e discussões frequentes, o desenvolvimento de habilidades para lidar com divergências e conflitos são uma parte substancial da formação. No quadro a seguir, podemos ver a crescente evolução dos graduados em Odontologia na Argentina no período 2007-2012. Apesar de uma ligeira diminuição em 2012, pode-se observar que a proporção entre ingressantes e egressos permanece estável em torno de 30%.

Evolução de novos inscritos e egressos na carreira de odontologia. Sistema universitário. Anos 2007-2012



Fonte: Realizado pela Direção Nacional de Capital Humano e Saúde Ocupacional, a partir de informações fornecidas pelo Departamento de Informação Universitária do Ministério de Educação da Nação. Ano 2014.

O direito à educação está incluído na Constituição Nacional da República Argentina e são estabelecidos processos regulatórios que regulam as instituições formadoras no sistema. O Estado argentino garante a acessibilidade das pessoas ao ensino obrigatório que se estende desde a pré-escola até a escola secundária. Do mesmo modo que a saúde, a educação é gerida pelos estados provinciais, com competências concorrentes com o Estado nacional.

Este modelo de gestão determinou uma grande disparidade no desenvolvimento da oferta de ensino. O ensino superior de profissionais da Odontologia é distribuído entre instituições universitárias e instituições educação técnico-profissional. Entre as universidades estão os institutos universitários e as universidades, que gozam de autonomia administrativa e acadêmica. O Ministério da Educação da Nação Argentina, tem como órgão de administração da educação a Secretaria de Políticas Universitárias.

Em um cenário como o descrito, o planejamento dos recursos humanos é marcado pela possibilidade de alcançar acordos federais, pelo trabalho inter-jurisdicional com o Ministério da Educação e as universidades e pelo consenso com as diversas associações profissionais, instituições científicas, escolas técnicas e organizações que prestam serviços e que participam das diferentes etapas do desenvolvimento e certificação de especialistas.

FORMAÇÃO ACADÊMICA UNIVERSITÁRIA

As universidades argentinas formam Odontólogos com *sólida formação técnico-científica e humanístico-social*, comprometidos com os problemas de saúde da população, com a intenção de que seus egressos tenham um excelente desempenho profissional com atitudes éticas e técnicas.

A seguir uma lista das 15 Universidades Argentinas que oferecem graduação em Odontologia: Universidad Nacional de Córdoba, Universidad Nacional de la Plata, Universidad Nacional de Rosario, Universidad Nacional de Cuyo, Universidad Nacional del Nordeste, Instituto Universitario Italiano de Rosario, Universidad Maimónides, Universidad Católica de La Plata, Universidad del Salvador, Universidad Nacional de Río Negro, Universidad Nacional de Tucumán, Universidad Abierta Interamericana, Universidad de Mendoza, Universidad Argentina John F. Kennedy, Universidad de Buenos Aires.

Carreiras de Pós-graduação universitária na Argentina

A pós-graduação permite aos profissionais atualizar/especializar seus conhecimentos em relação a uma área profissional e aprofundar seus conhecimentos em relação às pesquisas. Na Argentina existem diversas opções em universidades ou instituições de ensino que trabalham em colaboração para oferecer variados cursos, especializações, mestrados e doutorados.

Existem **três tipos de carreiras de pós-graduação**:

Especialização	"Tem como objetivo aprofundar o domínio de um determinado assunto ou área dentro de uma profissão ou um escopo de várias profissões, ampliando a formação profissional através de treinamento intensivo. Tem uma avaliação final de uma natureza integradora. Isso leva à concessão de um diploma de especialista, com especificação da profissão ou campo de aplicação" (RM 160/11).
Mestrado	"O objetivo é proporcionar uma educação acadêmica e/ou profissional. Aprofunda o conhecimento teórico, metodológico, tecnológico, administrativo ou artístico, em função do desenvolvimento correspondente a uma disciplina, área interdisciplinar ou campo profissional de uma ou mais profissões. Para sua conclusão, requer a apresentação de um trabalho final individual e escrito que pode ser feito através de um projeto, estudo de caso, trabalho, produção artística ou tese, de acordo com o tipo de Mestrado, cuja aprovação leva à concessão do título de "Mestre ", com uma especificação de apenas uma dessas possibilidades: uma disciplina, uma área interdisciplinar, uma profissão ou um campo de aplicação" (RM 160/11).
Doutorado	"Seu objetivo é a formação de pós-graduados que possam alcançar contribuições originais em uma área do conhecimento - cuja universalidade deve procurar-, dentro de um marco de excelência acadêmica, através de um estudo centrado fundamentalmente em torno da pesquisa a partir da qual tentará fazer essas contribuições originais. O doutorado culmina com uma tese de caráter individual que é realizada sob a supervisão de um Diretor. A tese deve ser constituída como uma contribuição original para a área do conhecimento em questão e demonstrar consistência teórica e metodológica relevante no campo da pesquisa científica. Isso leva à concessão do título de "Doutor" com especificação precisa de uma disciplina ou área interdisciplinar" (RM 160/11).

Fonte: <http://www.msal.gov.ar/observatorio/index.php/formacion/posgrado/universitarios>

LEGISLAÇÕES ARGENTINAS VINCULADAS À SAÚDE BUCAL

A lei argentina, por meios constitucionais, reconheceu o direito humano à saúde. O direito à saúde entra no cenário dos Direitos Humanos, com hierarquia constitucional na Argentina, em conjunto com o Direito Internacional dos Direitos Humanos (artigo 75, Inc. 22 Constituição Nacional) e isso implica a obrigação do Estado nacional - como parte signatária de tratados ou pactos - de cumprir a norma em instrumentos internacionais que reconhecem os direitos humanos.

O Estado Nacional e os Estados Provinciais são responsáveis por cumprir as ações básicas que garantem o acesso de seus habitantes aos serviços de saúde (Artigos 75, Inc. 22 e 31 C.N.). O sistema de saúde argentino apresenta falhas de articulação e fragmentação entre os três subsetores (público, segurança social e privado). É necessário trabalhar para harmonizar a legislação em saúde das vinte e cinco jurisdições do país, estabelecendo uma Lei Federal de Saúde, baseada em direitos humanos e prescrevendo as regras de acesso a serviços de saúde iguais para todos os habitantes do país.

Lei 17.132-1967- Exercício da Medicina, Odontologia, e das atividades de colaboração com ambas disciplinas (Obstetras, Kinesiólogos, Fisioterapeutas, Técnicos Ópticos, Protéticos, Nutricionistas, Auxiliares de Radiología, Auxiliares de Psiquiatria, Auxiliares de Laboratório, Auxiliares de Anestesia, Fonoaudiólogos, Ortópticos, Técnicos de Órteses e próteses, Técnicos em calçado ortopédico.) DECRETO NACIONAL 6.216/1967. BUENOS AIRES, 30 de Agosto de 1967. Boletim Oficial, 8 de Setembro de 1967. Vigente, de alcance geral.

Lei 21.172 -1975- Fluoretação das águas potáveis de abastecimento público. BUENOS AIRES, 30 de Setembro de 1975. BOLETIM OFICIAL, 07 de Novembro de 1975.

Lei Nacional 26.396/08 (que propõe a implementação de quiosques saudáveis nas escolas (artigo nº9), *Na maioria das províncias, os projetos foram elaborados com o objetivo de melhorar ou ampliar o suprimento de alimentos de boa qualidade nutricional. Com exceção das províncias de Formosa, La Rioja, Córdoba e Santa Cruz, que não apresentaram projetos provinciais, até agora. *As capitais de La Rioja, Córdoba e Santa Cruz, juntamente com Salta, Mendoza e Jujuy, já implementaram quiosques saudáveis nas escolas com base em Ordens Municipais ou por Decreto. * Muitos dos projetos provinciais apresentadas deram um grande passo em direção a leis provinciais e outras expiraram. * As províncias que avançaram a este respeito são: La Pampa, San Luis, Misiones, Chaco, Corrientes, Chubut, Tierra del Fuego e a Cidade Autônoma de Buenos Aires. A província de Buenos Aires tem uma diretriz que recomenda as associações cooperativas para melhorar o perfil nutricional dos alimentos do quiosque para um mais saudável.

Direção Nacional de Saúde Bucal

A Direção Nacional de Saúde Bucal, (Ministério da Saúde da Nação Argentina) criado sob o Decreto 580/2015, tem como objetivos propor, desenvolver e controlar as ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde bucal, de modo eficiente, equitativo e solidário, com o intuito de reduzir a morbidade das enfermidades bucais e melhorar a qualidade de vida da população.

LINHAS DE AÇÃO:

- ✓ Implementar, coordenar e supervisionar políticas voltadas para a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças que afetam a saúde bucal no âmbito nacional.
- ✓ Propor políticas nacionais de saúde bucal: princípios, objetivos e estratégias de implementação.
- ✓ Adotar medidas para a incorporação do componente da saúde bucal nas políticas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde da Nação.
- ✓ Supervisionar o cumprimento dos objetivos e das estratégias das políticas de saúde bucal em todo o território nacional.
- ✓ Participar e contribuir para o fortalecimento das redes jurisdicionais locais e regionais.
- ✓ Participar no desenvolvimento de indicadores de saúde bucal para incorporá-los nos sistemas de informação e notificação de saúde da República Argentina.
- ✓ Desenvolver e implementar um sistema de monitoramento e avaliação para políticas de saúde bucal.
- ✓ Promover campanhas de conscientização e comunicação social voltadas para diferentes grupos de risco e a comunidade em geral.
- ✓ Participar da promoção e desenvolvimento da pesquisa científica que orienta a definição de políticas de saúde em saúde bucal.

PROGRAMAS QUE COMPÕE A DIREÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

Programa de Prevenção e Assistência Primária Bucal

O objetivo do Programa é fortalecer as medidas de saúde, com o objetivo de reduzir as doenças bucais, através da efetiva execução de ações e programas focados no quadro da Atenção Primária à Saúde. Do mesmo modo, propõe-se cobrir todos os grupos etários trabalhando em conjunto com os diferentes programas da Direção, elaborando estratégias integrais e integradas.

Programa Nacional de Câncer de Boca:

Seu principal objetivo é reduzir a morbidade e mortalidade do Câncer de Boca na República Argentina, capacitando profissionais de saúde envolvidos na especialidade, otimizando suas ações e conscientizando a população de comportamentos de risco que deve ser evitado para prevenção desta doença.

Programa Nacional de Reabilitação Oral:

O objetivo do Programa é desenvolver um sistema de atendimento odontológico para reabilitação oral em todo o país, promover a inclusão social e alcançar o acesso universal para pacientes parcialmente ou totalmente edêntulos, com um atendimento oportuno e abrangente, agregando a promoção, a prevenção, cuidados bucais e reabilitação. Para este fim, o trabalho é realizado em conjunto com os programas de Atenção Primária e Cuidados orais e Câncer de Boca, de modo que a produção de próteses seja mais um passo em direção à saúde bucal integral do paciente.

Programas nacionais em instituições privadas.

A Confederação de Odontologia da República Argentina, formada em 1995 pela Comissão Nacional de Prevenção (CNP), formada por dentistas que, em nome das entidades confederadas, realizam pela primeira vez um programa único para todo o país.

O programa "Sonríe Argentina" foi realizado por cinco anos de 1996 a 2000 para 700 mil crianças e 26,6 mil professores. Com base nesses resultados bem-sucedidos, o programa "Sonríe Argentina 2" foi implementado de 2001 a 2005, para 1.391.300 crianças e 56525 professores. Em ambos os programas, a cobertura geográfica era de 20 províncias argentinas, patrocinadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a Federação Dental Latino-Americana (FOLA), a Honorable Câmara dos Deputados da Nação e dos Ministérios da Saúde e Educação das províncias no âmbito do programa. Em Londres, em agosto de 1999, recebeu o 1º Prêmio Mundial de Programas de Educação em Saúde, premiado pela International Association Paediatric (IAPD).

Atualmente, com mais de vinte anos de experiência, o CNP continua implementando programas preventivos e de educação em saúde, com o apoio das entidades provinciais que compõem a CORA.

ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS NACIONAIS DE SAÚDE BUCAL.

É necessário ter no âmbito nacional, dados formais e atualizados que permitem a análise das condições de cada população para a identificação de grupos e indivíduos em risco como estratégia na busca de maior equidade, eficácia e eficiência da sistema de saúde bucal da população argentina. Em referência aos estudos epidemiológicos nacionais a nível nacional, estes são os antecedentes: **Argentina – Dado oficial a nível nacional 3,4** (1987) Informe de World Health Organization. *DMFT levels at 12 years, 1996*. Geneva: WHO; 1996.

“Estudo de Incidência e necessidade de tratamento de cárie em crianças de 12 anos da República Argentina ”, relatório do Departamento de Educação em Saúde. Confederação Odontológica Argentina-DES-CORA ano 1999. - Tamanho da amostra N = 5409 crianças. O estudo encontrado na República Argentina, que os índices mais altos (CPOs) correspondem às regiões NOA (noroeste Argentino) (5,96 + 5,53) y NEA(nordeste Argentino) (4,43 + 6,45), sendo os mais baixos registrados no sul do País: (1,24 + 2,12.).

Estudo sobre a prevalência de cáries em crianças de 6 a 12 anos na Argentina- (CORA 2015)

Os resultados obtidos no estudo de uma amostra N = 7785 indicam que a porcentagem média de crianças de 6 anos com experiência em cárie foi de 74,4% e 70% em crianças de 12 anos. Mas também houve diferenças significativas, em termos estatísticos, relacionadas ao tipo de instituição atendida pelas crianças: na amostra de crianças de 6 anos, os registros foram 73, 7% da incidência de cárie em escolas urbanas e 76,2% nas escolas rurais; enquanto que no grupo de crianças de 12 anos, houve 68,7% da experiência de cáries no grupo que frequenta escolas urbanas e 73,6% no grupo que frequenta escolas rurais.

Estudo Epidemiológico Nacional. Diagnóstico da necessidade de tratamento periodontal em adultos da Republica Argentina-Departamento Educação para a Saúde (DES.CORA) e Sociedade Argentina de Periodontia (SAP-AOA).2000

O estudo epidemiológico nacional da necessidade de tratamento periodontal em adultos na Argentina revelou um diagnóstico de saúde gengival em pacientes com idade entre 18 a 84 anos. Foi realizado pela Confederação Dentária da República Argentina (CORA) e SAP, seguindo os critérios sugeridos pela OMS para estudos epidemiológicos. Ele incluiu 3.694 pacientes (2222 mulheres e 1472 homens) que vieram pela primeira vez para solicitar o tratamento de um dentista clínico geral. O estudo estabeleceu que cerca de 97% dos pacientes que procuram tratamento odontológico precisam de algum tratamento periodontal. Em relação à complexidade dos tratamentos necessários na população argentina, 17,3% dos adultos precisam de instrução em técnicas de higiene bucal, 65,2% de instrução em higiene oral e eliminação de cálculos supra e subgengival e os 14,3% restantes, além de instrução em higiene bucal e eliminação de cálculos, também requerem cuidados mais complexos (cirúrgicos). Observou-se também que a complexidade do tratamento aumenta conforme aumenta a idade.

Referências:

AREA MOREIRA, M. (1990). Los materiales curriculares en los procesos de diseminación y desarrollo del curriculum. En: Escudero, J., Diseño, desarrollo e innovación del currículum. Madrid: Síntesis. Pp. 189-208.

ARGYRIS, CH. Y D. A. SCHON (1996), *Organizational Learning II*, MA, Addison Wesley.

BASABE, L., COLS, E., y FEENEY, S. (2004). Los componentes del contenido escolar. Ficha de la cátedra de Didáctica I, Oficina de Publicaciones de la Facultad de Filosofía y Letras, UBA

BIERLY, P.E.; DALY, P. (2002). Aligning Human Resource Management Practices and Knowledge Strategies. En C.W. Choo; N. Bontis (Eds.), *The Strategic Management of Intellectual Capital and Organizational Knowledge* (pp. 277-295). Oxford: Oxford University Press.

Borrell Bentz ,R.(2000), *Calidad educativa en la acreditación de programas de formación de especialistas y en la certificación profesional*, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, N° 26, OPS/OMS, Washington

CAMPUS VIRTUAL ROCA INTERNACIONAL <http://www.rocainternacional.org>
http://www.rocainternacional.org /odontologia_comunitaria.php

CONEAU. Estándares y procesos de acreditación en las carreras de posgrado de Argentina- Resolución 160/2011-Ministerio de Educación de la República Argentina

CASTELLS, Manuel (2001), *La Era de la Información. Economía, sociedad y Cultura. "Volumen1: La Sociedad Red"* Alianza Editorial, Madrid, Prólogo y Capítulo 1.

DIGITHUM-BORGES, Federico (2007). «El estudiante de entornos virtuales. Una primera aproximación». En: Federico BORGES (coord.). «El estudiante de entornos virtuales» [dossier en línea]. Digithum. N.º 9. UOC. <http://www.uoc.edu/digithum/9/dt/esp/borges.pdf>
FRAJ, E.; MATUTE, J.; MELERO, I. (2013). El aprendizaje y la innovación como determinantes del desarrollo de una capacidad de gestión medioambiental proactiva. *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa*, 16: 180–193

FELDMAN, D. y PALAMIDESSI, M. (2001). *Programación de la enseñanza en la Universidad*. Universidad Nacional de General Sarmiento. Serie Formación Docente N° 1.

Borrell Bentz ,R.(2000), *Calidad educativa en la acreditación de programas de formación de especialistas y en la certificación profesional*, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, N° 26, OPS/OMS, Washington.

BROA Bauman, S. (2001). *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.D, M.L.; NEWSTROM, J.W. (1992): *Transfer of training*. Indianapolis, IN: Addison-Wesley Publishing Company.

BURBULES, NICHOLAS YCALLISTER, THOMAS, (2001). *Riesgos y promesas de las nuevas tecnologías de la información*. Granica. Barcelona.

CABERO ALMENARA, J. (2001): *Las tecnologías de la información y comunicación en la Universidad*. Sevilla, MAD

CAMPUS VIRTUAL ROCA INTERNACIONAL <http://www.rocainternacional.org>
http://www.rocainternacional.org /odontologia_comunitaria.php

CONEAU. Estándares y procesos de acreditación en las carreras de posgrado de Argentina- Resolución 160/2011-Ministerio de Educación de la República Argentina

CASTELLS, Manuel (2001), *La Era de la Información. Economía, sociedad y Cultura. "Volumen1: La Sociedad Red"* Alianza Editorial, Madrid, Prólogo y Capítulo 1.

FRAJ, E.; MATUTE, J.; MELERO, I. (2013). El aprendizaje y la innovación como determinantes del desarrollo de una capacidad de gestión medioambiental proactiva. *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa*, 16: 180–193

FELDMAN, D. y PALAMIDESSI, M. (2001). *Programación de la enseñanza en la Universidad*. Universidad Nacional de General Sarmiento. Serie Formación Docente N° 1.

GARCÍA ARETIO, L. (2004) "Blended Learning, ¿enseñanza y aprendizaje integrados?", en Boletín Electrónico de Noticias de Educación a Distancia (BENED) disponible en <http://www.uned.es/catedraunesco-ead/boletin.html> -Octubre de 2004

GROS SALVAT, B. (2000), *El ordenador invisible*, Gedisa, Barcelona. Cap. III y VIII

GONZÁLEZ SOTO, A.P.; GONZÁLEZ, J.M. (2000). *Formación y empresa. Las organizaciones como marco de la formación*. Educación XX1, 3:163-217.

GORE, Ernesto (1998), "Capítulo 5: El diseño de Programas de Capacitación", en: *La Educación en las Empresas*, Ediciones Granica S.A., Barcelona., pp. 135 a 147.

GONZÁLEZ Y RIVAS.M. Trabajo Final Integrador (TFI) de la Especialidad en Docencia en Entornos Virtuales de la Universidad Nacional de Quilmes-Argentina. 2014.

GONZALEZ Y RIVAS, M.(2013)*Planificación en odontología comunitaria, familiar y social-Capítulos 5 y 6-Editorial Ripano Madrid*

Fontes de Datos

•Argentina. Ministerio de Salud de la Nación, Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos Argentina 2015. Buenos Aires: el Ministerio. [citado 18 enero 2017]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18697/indicadores_basicos_esp.pdf 52.

•Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. El acceso a la salud en argentina: III encuesta de utilización y gasto en servicios de salud. Buenos Aires: el Ministerio; 2010. [citado 18 enero 2017]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/fesp/images/stories/recursos-de-comunicacion/publicaciones/estudio_carga_enfermedad.pdf

Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Abramzón, Mónica C. “Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004”. Buenos Aires, Argentina (2005).

•Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), “Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001” y “Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010”.

•Instituto Nacional de Estadística y Censos, “Proyecciones provinciales de población por sexo y grupo de edad 2010- 2040”, 1era. Edición, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2013)

•Federación Colegio Odontólogos de la República Argentina (FACO) <http://www.faco.org.ar/>

•Indicadores básicos de salud de Argentina 2017 (OPS/OMS y Ministerio de Salud de la Nación)

•Dirección Nacional de Salud Bucodental <http://msal.gob.ar/index.php/programas-y-planos/592-direccion-nacional-de-salud-bucodental>

•http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH_Arg_estudio_epidem2000.pdf



Bolívia



Autora: Shirley M. Flores Villegas.

POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL PÚBLICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO ESTADO PLURINACIONAL DA BOLÍVIA

1. Aspectos geográficos

A Bolívia está localizada na zona central da América do Sul, a extensão territorial é de 1.098.581 km e tem 10,89 milhões (2016).

A geografia do território boliviano é considerada três zonas geográficas predominantes (leste, oeste e vales).

Idioma castelhano e todas as línguas das nações e povos em número de 36.

Clima: Embora o território boliviano esteja localizado no Trópico de Capricórnio, tem uma variedade de climas (quentes, temperados e frios).

Estrutura e organização territorial: A Bolívia é organizada territorialmente em departamentos, províncias, municípios e territórios camponeses indígenas originais.

Bolívia: Superfície, Número de Provincias e Municípios, segundo departamento

Departamento	Superfície (km ²)	Provincias	Municípios
Bolivia	1.098.581	112	339
Chuquisaca	51.524	10	29
La Paz	133.985	20	87
Cochabamba	55.631	16	47
Oruro	53.588	16	35
Potosí	118.218	16	40
Tarija	37.623	6	11
Santa Cruz	370.621	15	56
Beni	213.564	8	19
Pando	63.827	5	15

Fonte: Instituto Nacional de Estadística INE

2. Antecedentes da Saúde Bucal na Bolívia

A porcentagem de cáries, na população marginal e nas populações rurais, atinge 98% e um percentual mínimo recebem tratamento dentário restaurador, um estudo que envolveu o problema de forma direta e assumindo a responsabilidade na busca da solução.



A Constituição Política do Estado em seu artigo 37 estabelece que o Estado tem a obrigação indeclinável de garantir e sustentar o direito à saúde, que constitui uma função suprema e uma primeira responsabilidade financeira. Será dada prioridade à promoção da saúde e à prevenção de doenças.

O Decreto supremo Nº 29894 de 7 de fevereiro de 2009, que constitui a estrutura organizacional do Poder Executivo do Estado Plurinacional, declara no Artigo 90, parágrafo d) que é responsabilidade do Ministro da Saúde garantir a saúde da população através da promoção da prevenção de doenças.

O Ministério da Saúde e do Desporto, como chefe do setor da saúde, criou o plano de desenvolvimento setorial 2006-2010, que, entre as suas políticas, abre caminho para a recuperação da soberania sanitária, devolvendo o papel ao Ministério da Saúde e do Desporto, através de o exercício da autoridade de saúde em todos os níveis de gestão.

Organização do modelo de atenção em Saúde

É um conjunto de entidades, instituições e organizações públicas e privadas que prestam serviços de saúde, regulados pelo Ministério da Saúde e Esportes.

Redes sociais constituídas por organizações sociais de base e um grupo de pessoas que representam a sociedade civil organizada em áreas urbanas rurais de acordo com seus usos e costumes, dando prioridade aos direitos das camponesas indígenas e indígenas.

Redes de Saúde

Conforme os estabelecimentos de saúde da Rede Municipal SAFC I, que possui um serviço odontológico, pertencente aos 3 níveis de cuidados desta forma, faz uma rede de referência e de retorno.

DILOS Diretório Local de Saúde

É a mais alta autoridade na gestão partilhada com a saúde participação popular, em conformidade com a política nacional de saúde, implementação de SUMI e implementação de programas prioritários.

Governo Municipal

É a instância operativa básica, constituída por estabelecimentos que devem ser complementares entre si, na identificação e resolução de problemas de saúde da população de responsabilidade problemática em suas áreas de influência territorial. O prefeito municipal ou seu representante tem a função de administração das contas municipais de saúde, propõe e gerencia o financiamento de programas e projetos de saúde.

Serviço Departamental De Saúde SEDES

É a Instância articulador da política nacional e gestão municipal, coordena e supervisiona a gestão da saúde no Departamento e é responsável pela implementação e aplicação da política de saúde e as regras de ordem pública em sua jurisdição.

Ministério de Saúde e Desportos MSyD

É o órgão governamental e normativo da gestão da saúde a nível nacional; formula estratégias, planos e programas políticos nacionais e determina padrões para o sistema nacional.

O Decreto Supremo Nº 29894 del 7 de fevereiro 2009, Estrutura Organizacional do Órgão Executivo, atribuiu poderes ao Vice-Ministério da Saúde e Promoção da Saúde que faz parte do Ministério da Saúde e Desportos

Programas Nacionais de Saúde Oral

Projeto de Prevenção Sorrisos saudáveis - Vidas saudáveis

O modelo de Saúde Familiar Comunitária Intercultural, reconhece e consolida o processo de participação das formas organizacionais da população, permitindo que a equipe de saúde e os atores sociais atuem em responsabilidade para tomar decisões sobre planejamento, execução, monitoramento e controle social de ações de saúde. Esta interação permite abordar os determinantes sociais da saúde: habitação, educação, terra, território, água, produção e outros, entendendo a saúde como "um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença"

Em nosso país, a prevalência de cárie é de 95%, o que faz com que a demanda da população seja muito grande, este estudo envolve abordar diretamente o problema. As clínicas móveis dentárias visam trazer os serviços de saúde de forma direta e solidária para as populações socialmente excluídas que estão longe e sem acesso a centros e / ou hospitais de saúde ou ao benefício da segurança social de curto prazo.

Objetivo

Atualmente, a capacidade do setor público em saúde consegue cobrir 9,62% da população em todo o país (962.384 Primeiras Consultas em Odontológicas)². O objetivo do Projeto “Sorrisos saudáveis Vidas saudáveis” é reduzir a prevalência de cáries dentárias que afetam a saúde da população-alvo do projeto: 919.523 (novecentos e dezenove mil quinhentos e vinte e três) beneficiários em torno de atividades de promoção da saúde, atenção primária em saúde e reabilitação com próteses dentárias para idosos. Através deste serviço, são melhoradas as condições de saúde bucal da população, de modo a alcançar a saúde integral, melhorar sua qualidade de vida e respeitar a diversidade cultural, bem como as tradições e costumes das pessoas. Municípios rurais e intermediários que não possuem serviços de atendimento odontológico.

O Projeto de Prevenção de Saúde Oral no Nível Nacional possui 16 Clínicas Dentais, equipadas com equipamento estomatológico e informático, bem como recursos humanos necessários em cada Unidade (dois Dentistas e um motorista). As atividades do pessoal operacional são supervisionadas por um Coordenador Geral e quatro Coordenadores Regionais.

Os Brigadistas do Projeto realizam atividades dentro do território Plurinacional, oferecendo atendimento odontológico em Municípios da área rural que não possuem o serviço de acordo com um Plano de Ação, por um período de 23 dias durante o mês de acordo com o cronograma.

Seguros Públicos de Saúde.

Seguro Materno Infantil

Efetivado mediante a promulgação da Lei 2.426, de 21 de novembro de 2002, que visa reduzir a morbidade e mortalidade materna e infantil.

Foi implementado em 1º de janeiro de 2003 com um alcance universal, abrangente e gratuito para conceder os diferentes benefícios de saúde abrangentes em diferentes níveis de atendimento às mães pré e pós parturientes, até 6 meses após o parto e todas as crianças antes 5 anos de idade.

Para o seu funcionamento, as redes de serviços de saúde e os municípios são utilizados através do DILOS (Diretórios Locais de Saúde). Para as comunidades remotas e incomunicadas, sem centros de saúde, existe "EXTENSA", que através de brigadas móveis, atinge aproximadamente 2.500 comunidades em todo o país concedendo benefícios SUMI (não vigente), outros programas nacionais e cuidados de saúde primários. saúde

Na área odontológica, ações preventivas e restauradoras desempenham um papel importante. Existem 60 serviços odontológicos que envolvem a maioria das patologias orais, exceto ortodontia e próteses dentárias.

Seguro de Saúde para Adultos Maiores (não vigente)

O seguro foi promulgado pela lei 3323 em 16 de janeiro de 2006, pelo Decreto Supremo Nº 28968 (13 de dezembro de 2006).

Seguro de Saúde para Adultos Maiores

Este seguro foi promulgado pela Lei nº 3323, de 16 de janeiro de 2006, pelo Decreto Supremo Nº 28968 (13 de dezembro de 2006). Este seguro garante atendimento médico gratuito para todos os adultos com idade superior a 60 anos em toda a Bolívia caso este não tenha acesso a outro seguro. É regido pelos seguintes princípios: prevenção, educação, convivência e compartilhamento com medicina tradicional, saúde familiar e comunitária, reconhecendo a diversidade étnico-cultural do país.

A odontologia relacionada como SSPAM oferece tratamentos integrais ao paciente de forma preventiva e restauradora

Modelo de Saúde no Sistema Nacional de Saúde.

Geral. - O Modelo de Saúde no Sistema Nacional de Saúde é orientado pelos seguintes princípios

Intersectorialidad.-Coordena com os outros setores de desenvolvimento para alcançar o pleno desenvolvimento humano.

Atenção Integral.- É responsável por todos os problemas de saúde da pessoa além do motivo da consulta que causou o contato com a equipe dentária. Combinando ações de promoção, prevenção, cura, reabilitação e manutenção da saúde, com ênfase no componente preventivo dos cuidados de saúde.

Acessibilidade.- Deve ser acessível tanto em termos geográficos, econômicos, sócio-culturais e tecnológicos.



Equidade.- Os serviços de saúde serão administrados em relação às necessidades dos usuários.

Direito à Saúde Bucal - Como um princípio constitucional que confere direitos e obrigações à sociedade e às instituições individuais.

Continuidade de Atenção.-Ele se encarrega de todo o processo da doença ou programa de prevenção e não apenas o motivo da consulta.

Qualidade. - Conformidade com os padrões técnicos para a satisfação do usuário.

Humanização. - Contato amigável com as pessoas de uma forma que responda às suas expectativas em termos de dignidade e respeito humanos.

Participação.- Participação técnica e social com a garantia de um modelo de renovação constante e adaptação às necessidades e realidades da população.

Simplificação de técnicas.- Buscando aumentar a cobertura

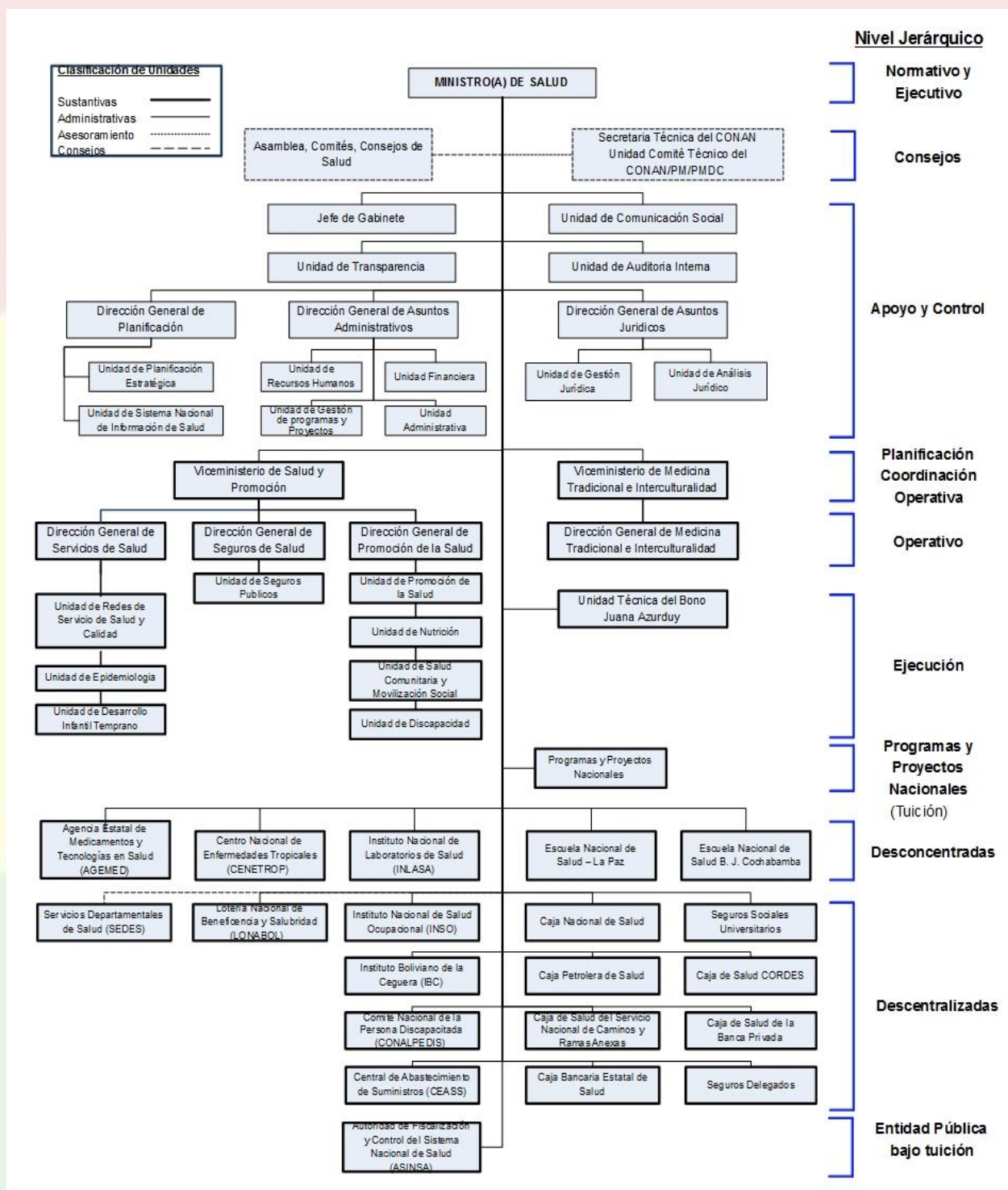
Uma das principais estratégias do Ministério da Saúde é a Saúde Familiar Comunitária Intercultural SAFCI que busca eliminar a exclusão social e contribuir para a melhora da qualidade de vida.

Assume o princípio da participação social na tomada de decisões em todos os níveis de gestão e cuidados de saúde, como um **direito fundamental garantido pelo Estado**.

Assim, a saúde familiar comunitária intercultural É constituído como uma **nova forma de fazer saúde** no "Sistema Nacional de Saúde". Nesta nova forma de fazer a saúde, a equipe de saúde não deve apenas ser dedicada à atenção da população quando sofre de doença ou transtorno mental: os cuidados de saúde devem integrar aspectos da promoção da saúde, prevenção, tratamento, cura e reabilitação de doenças e, finalmente, garantir a reinserção social do paciente.

A Unidade de Seguros Públicos foi criada em janeiro de 2006, substituindo a Unidade de Gestão Nacional do SUMI com o objetivo de regular os atuais Seguros Públicos e desenvolver o projeto do Sistema Único Nacional.

Ministério da Saúde Estrutura Organizacional



3. Ministério da Saúde do Estado Plurinacional da Bolívia

Sistema Nacional de Informação em Saúde – Vigilância Epidemiológica

É a unidade responsável por fornecer ao país e ao setor de saúde dados e informações para gerenciamento e vigilância epidemiológica que permitam decisões apropriadas e oportunas no planejamento, execução e avaliação de políticas públicas no campo da saúde.

O Ministério da Saúde, a fim de ter um Sistema de Informação ágil, oportuno e confiável que serve de insumo para a tomada de decisões, vem desenvolvendo vários Subsistemas de Informação que, em conjunto, constituem o Sistema Nacional de Informação em Saúde e a Vigilância Epidemiológica(SNIS - VE).

4. Contexto da Saúde Oral na Bolívia

A situação da saúde bucal na Bolívia não aparece no perfil epidemiológico do Ministério da Saúde, desde 1995 a informação é limitada, porém dados revelam a extensão e gravidade do problema sofrido pela maioria da população como cáries de 84, 6% eo índice CPO-D 6,68 aos 12 anos classificados como dados graves de acordo com a OMS e considerados muito altos, de acordo com o levantamento epidemiológico do SEDES(Serviço Departamento de Saúde).

O Programa Nacional de Saúde Oral (PNSO) do Ministério da Saúde, relatou que nos últimos anos foi possível reduzir o índice epidemiológico CPO-D e CEO na população boliviana (quarta-feira, 10 de janeiro de 2018) Página do Ministério da Saúde da Bolívia.

"Em 1995, realizou-se um estudo epidemiológico em que o índice refletiu 95% da população com cárie. Até que esta gestão conseguiu diminuir para 85% ", informou o chefe da (PNSO), Dr. Jhannet Villca Vásquez. Ele descreveu como muito valioso a redução na porcentagem de casos de cárie em pessoas, porque reflete um grande campo de ação no tratamento odontológico que é realizado e os benefícios que foram entregues à população.

"É muito valioso para nós, sabendo bem que uma pessoa tem 32 dentes na boca e cada dente tem sua própria patologia única", disse ele.

Ele relatou que, em 2015, foi realizado um estudo sobre o índice epidemiológico sobre casos de cárie na população a nível nacional, chamado CPO-D (Cariado, Perdido, Obturado) e CEO (Cariado, Extração indicada e obturado) que está no estágio de avaliação e o documento final serão apresentados até o primeiro trimestre de 2017.

"Nós sabemos que não podemos chegar a zero cáries, porque a cárie vive na boca, mas podemos diminuir a porcentagem para o máximo. Esse é o nosso objetivo até 2021 ", disse ele .ALL / UNICO / MINSALUD



Contexto de Saúde Oral na Bolívia

Número de dentistas nacionais Colegiada	18000 (Projeção estatística) 3000
Índice sobre população x dentistas	5000 x odontólogo Manual de Normas de Saúde Oral
Universidades com faculdades de Odontologia	18 Universidades
Graduados anuais	2000
Indicadores de saúde oral nacional	Pesquisas Epidemiológicas Pesquisas de pesquisa Pesquisas para o planejamento de programas Avaliação de atividades de atenção odontológica
Legislações nacionais vinculadas a odontologia	Código de Saúde da Bolívia Normas em Saúde Oral (R.M. Nº1320 – 28/12/2009 Normas Nacionais de Atenção Clínica (R.M. Nº 0579 – 07/05/2013)
Programas nacionais públicos ou privados de saúde pública	Programa Nacional de Saúde Oral Programa de Saúde Oral Dptal. Projetos de Saúde Oral – GAD

Fonte: Servicio Departamental de Salud - Gobierno Autónomo Departamental Santa Cruz

5. Sistema de Nacional de Saúde

O SNS é o conjunto de entidades públicas e privadas que realizam atividades de promoção, prevenção, cura (diagnóstico e tratamento), reabilitação, limitação de danos e reparação de saúde no território nacional, operando de acordo com as regras impostas pelo Ministério da Saúde e Desportos. É dividido em 4 subsistemas:

O subsistema público de saúde, constituído por serviços municipais de saúde, cujo pessoal depende do SEDES (Serviço Departamental de Saúde) dependente das prefeituras departamentais. Tem cobertura de 40%.

O subsistema de segurança social, constituído por nove fundos de segurança social em saúde, atende a população sujeita ao regime salarial. Tem uma cobertura de 27%.

O subsistema privado de saúde inclui a) serviços com fins lucrativos com cobertura de 10%; b) serviços privados sem fins lucrativos constituídos por ONGs (organizações não governamentais) e obras sociais das igrejas, que têm cobertura de 10%.

O subsistema de medicina tradicional possui uma cobertura de 20 e 30%.

6. Recursos Humanos

Recursos Humanos: Profissional Odontólogo/a

O sistema de saúde pública conta com 2623 estabelecimentos de saúde, dos quais 1481 são postos de saúde, 1029 são centros de saúde, 83 são hospitais básicos, 10 são hospitais gerais e 20 institutos especializados.

O serviço odontológico está localizado nos centros de saúde de primeiro nível, em hospitais básicos e em 4 instalações de terceiro nível (atendimento especializado)

A proporção de recursos humanos dentistas / população é de 10 000 habitantes é de 0,4, que é de 1 dentista para 25,000

7. Serviços Odontológicos

O Ministério da Saúde e Desportos é estruturado em três níveis: Central, departamental e provincial. O nível central tem uma função essencialmente normativa. Nove escritórios departamentais que direcionam os serviços e controlam as áreas de saúde a nível provincial.

A oferta de serviços de saúde bucal do MS e D, é realizada basicamente pelo SEDES (Serviço Departamental de Saúde) e pelos governos municipais.

O cuidado odontológico, nas instalações de saúde nos municípios, é primário com perfil preventivo, nas áreas de diagnóstico, periodontia, cirurgia dentária, endodontia e cirurgia oral, os tratamentos que normalmente são realizados são: restaurações, extrações simples, aplicação de flúor, pulpotomias entre outros, os tratamentos cirúrgicos complexos (extrações de dentes retidos) e cirurgia maxilofacial são realizados em hospitais de terceiro nível.

8. Importância da Saúde Oral.-

O significado amplo da saúde bucal é paralelo ao amplo significado da saúde. Em 1948, a Organização Mundial da Saúde aumentou a definição de saúde para "um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença". Por conseguinte, deduz-se que a saúde bucal e a saúde geral não devem ser interpretadas como entidades diferenciadas.

9. Conclusões

Na realidade o modelo de cuidados de saúde bucal tem baixo perfil preventivo, com alto componente curativo e sem capacidade restauradora, de cobertura baixa ou limitada em face da crescente demanda por cuidados dentários pela população em geral. Com deficiência de recursos financeiros, humanos e de infra-estrutura inadequados, com consequência seu impacto é notado em serviços inadequados em áreas remotas e onde faltam profissionais de saúde bucal, falta de equipamento, o que se torna uma ameaça para a saúde dos pacientes. qualidade da atenção.

Existe uma necessidade de formas e meios para expandir a informação sobre saúde bucal na Bolívia. A pesquisa em saúde bucal no nível institucional é inexistente, a capacidade de inovação tecnológica tem baixa relevância; não há informações disponíveis sobre o processo saúde-doença bucal, sobre as práticas realizadas na população como um todo, incluindo minorias étnicas e raciais, populações rurais, deficientes, jovens e idosos.

As informações disponíveis, apesar dos esforços do programa de saúde bucal, são escassas e incompletas, com base em uma lista limitada de indicações quantitativas, não permitem medir o impacto real das atividades realizadas, uma vez que as enormes figuras de consultas e tratamentos apenas refletem a esforço considerável da equipe que realiza esse trabalho e, muito parcialmente, outros indicadores de interesse, como indicadores epidemiológicos e indicadores para avaliação de atividades de cuidados. Esta situação se traduz em uma visão imprecisa e insegura do que acontece na saúde bucal na Bolívia.

Referências:

1. INE Instituto Nacional de Estadística .Aspectos Geográficos
<http://www.ine.gob.bo/index.php/bolivia/aspectos-geograficos>
2. INE Instituto Naional de Estadística. Aspectos Políticos y Administrativos
<http://www.ine.gob.bo/index.php/bolivia/aspectos-politicos-y-administrativos>
3. Ministerio de Salud Estructura Organizativa
<https://www.minsalud.gob.bo/institucional/organigrama>
4. Programa de Salud Oral Sonrisas Sanas Vidas Saludables
<http://saludoral.minsalud.gob.bo/proyecto-de-prevencion/p-introduccion>
5. Programa de Salud Oral Sonrisas Sanas Vidas Saludables
<http://saludoral.minsalud.gob.bo/proyecto-de-prevencion/p-objetivo>
6. Programa de Salud Oral Sonrisas Sanas Vidas Saludables
<http://saludoral.minsalud.gob.bo/proyecto-de-prevencion/p-estructura>
7. Datos obtenidos Patricia Hurtado Encargada de Programación y Seguimiento-
Unidad de servicios SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD- GOBIERNO
AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL SANTA CRUZ
8. Sistema Nacional de Información en Salud- Vigilancia Epidemiológica
<http://snis.minsalud.gob.bo/conociendo-al-snis-ve>
9. Contexto de la Salud en Bolivia
https://www.minsalud.gob.bo/images/Descarga/saludOral/2010-Normas_Salud_Oral-6316.pdf
10. <https://minsalud.gob.bo/2144-ministerio-de-salud-coadyuvo-en-reduccion-del-indice-de-poblacion-con-problema-de-caries-en-los-dientes>



Canadá



Autores: Mark Tambe Keboa, Mary Ellen Macdonald, Belinda Nicolau.

SISTEMA DE SAÚDE DENTAL CANADENSE

BREVE DESCRIÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE CANADENSE

O Canadá é um estado confederado composto por 10 províncias e 3 territórios. Os governos federal e provincial desempenham papéis complementares para garantir o acesso aos cuidados de saúde para mais de 35 milhões de habitantes. O governo federal decreta as principais legislações e transfere fundos para apoiar os programas provinciais de saúde. Cada província e território opera um plano de seguro de saúde projetado de acordo com a Canada Health Act (CHA) de 1984. Esta legislação delineou cinco princípios fundamentais:

Administração pública: isso implica que os planos provinciais e territoriais de seguro de saúde devem ser administrados por uma agência pública sem fins lucrativos;

Integralidade os planos de saúde devem garantir que todos os serviços médicos necessários sejam fornecidos dentro de um hospital;

Universalidade: os planos de saúde devem garantir uma cobertura uniforme para todos os segurados;

Acessibilidade: os planos de saúde devem proporcionar acesso razoável aos serviços médicos que são desprovidos de recursos financeiros e outras barreiras;

Portabilidade: os planos de saúde devem cobrir os segurados quando se deslocam para outra província ou território dentro do Canadá, e cobertura restrita aos indivíduos quando viajarem para o exterior ¹;

Os princípios da CHA asseguram o acesso universal a serviços médicos com seguro público para todos os canadenses. Em contraste, o sistema de cuidados dentários é principalmente um serviço do setor privado que fica fora do sistema geral de saúde. Este capítulo apresenta uma descrição dos principais componentes do sistema de saúde bucal.



Profissionais de saúde bucal no Canadá

Os profissionais de saúde bucal no Canadá incluem dentistas (dentistas e especialistas em geral) e higienistas dentários. Há também terapeutas dentários em um número limitado de jurisdições.

Dentistas: existiam cerca de 21 mil dentistas no Canadá em 2013. Nove em cada dez dentistas (92%) eram proprietários ou trabalhavam em uma clínica privada. Os dentistas fornecem serviços clínicos para restaurar a forma, a função e melhorar a estética do complexo orofacial. Uma pequena proporção de dentistas (8%) eram empregados no setor acadêmico, hospitais ou outras instituições públicas^{2,3}.

Higienistas dentais: o Canadá tem cerca de 30 mil higienistas dentários que prestam serviços preventivos e terapêuticos em clínicas e atividades de promoção da saúde bucal nas comunidades. Desde 2007, os higienistas dentários na maioria das províncias e territórios, com exceção de Quebec, podem ter consultório particular onde realizam procedimentos terapêuticos simples sem a supervisão do dentista⁴.

Terapeutas dentais: existem aproximadamente 300 terapeutas dentários no Canadá. O papel deles é educar os indivíduos e as comunidades na prevenção de doenças e prestar cuidados de emergência para crianças e adultos. O treinamento de terapeutas dentários foi originalmente projetado para melhorar o acesso à atenção bucal em áreas remotas, especialmente em comunidades indígenas. No entanto, o último programa de treinamento de terapia dentária no Canadá foi encerrado em 2011⁵.

Modelos de prestação de cuidados odontológicos

Modelo privado

Profissionais dentais que trabalham em clínicas privadas fornecem a maioria dos cuidados de saúde bucal no Canadá. Os dentistas possuem e gerenciam as clínicas dentárias como uma empresa privada que oferece serviços de cuidados bucais generalizados ou especializados. Todos os procedimentos têm um código e um guia de tarifas que são determinados por cada ordem profissional provincial e territorial de dentistas. Os dentistas não são obrigados a cobrar as taxas sugeridas. No entanto, um guia de taxas negociadas pelo governo deve ser aplicado para beneficiários de programas odontológicos com financiamento público.

A organização e prestação de cuidados orais através do setor privado é semelhante em todas as províncias e territórios. Um indivíduo pode chegar diretamente ou ligar para marcar uma consulta na clínica dentária de sua escolha. É possível receber tratamento no mesmo dia, dependendo dos sintomas do paciente e do horário de trabalho da clínica.



O indivíduo pode usar seu seguro dental privado ou fazer pagamento direto para pagar serviços. De acordo com o Canadian Health Measures Survey de 2007-2009, dois terços dos canadenses tinham seguro odontológico (privado - 62%, público - 6%). Os clientes que têm seguro dental parcial têm que pagar a parcela não segurada dos custos de tratamento. As clínicas privadas de higiene dental operam em formato similar⁶⁻⁸.

Programas odontológicos hospitalares

A maioria dos programas odontológicos hospitalares são afiliados a universidades locais. Os programas oferecem serviços como: cuidados de saúde bucal para pacientes com deficiência, serviço de emergência 24 horas para a comunidade e auxílio a pacientes que necessitam de cuidados hospitalares. Por exemplo, incluem pacientes que precisam de cirurgia maxilofacial e reconstrução protética devido a trauma ou terapia contra câncer e pacientes hospitalizados para transplante de órgãos. Além disso, os programas servem como uma "rede de segurança" prestando atenção a indivíduos com dor dental aguda para alguns indivíduos que não possuem os meios financeiros para acessar cuidados privados.

Faculdades de odontologia também oferecem cuidados orais mais acessíveis como parte dos programas de formação de graduação e pós-graduação. Pacientes em potencial são selecionados de acordo com diretrizes estabelecidas financeiras e de necessidade de tratamento, e recebem tratamento dos estudantes de odontologia sob supervisão⁹.

Modelos ad hoc

Um terço dos canadenses não tem seguro odontológico. Esta subpopulação deve arcar com seus recursos próprios para obter cuidados de saúde bucal; No entanto, muitos acham atendimento bucal no Canadá um serviço caro¹⁰⁻¹². Algumas províncias têm clínicas dentárias comunitárias sem fins lucrativos que oferecem atendimento bucal mais acessível a populações vulneráveis¹³. Os dentistas oferecem o tempo e as organizações comunitárias fornecem o espaço físico para essas clínicas, a fim de minimizar os custos operacionais. Além disso, várias associações odontológicas provinciais estão colaborando com universidades e comunidades para implementar projetos destinados para facilitar o atendimento bucal para grupos populacionais vulneráveis².

Financiamento do serviço odontológico

O setor privado financia quase exclusivamente os cuidados em saúde oral no Canadá. Por exemplo, o setor privado contribuiu com 12,7 bilhões (93,8%), dos mais de US \$ 13 bilhões gastos em saúde oral em 2015. Cerca de dois terços (60%) do valor foram pagos por meio de seguro odontológico privado e 40% de recursos próprios¹⁴. Os planos provinciais e territoriais de seguro de saúde não abrangem cuidados bucais, exceto cuidados limitados para grupos específicos de população (por exemplo, pessoas com recursos financeiros escassos). Portanto, os indivíduos devem adquirir seguro dental privado, individualmente ou em grupo, por meio de seus empregadores.

O governo contribui anualmente com cerca de 6% do gasto odontológico total¹⁴. De acordo com o Canadá Health Act, apenas cuidados bucais fornecidos no hospital qualificam-se como "serviços medicamente necessários"⁷. No entanto, o governo federal financia, com limites, o cuidado oral para os veteranos, os povos indígenas, os presos, refugiados e requerentes de asilo e membros da Polícia Montada Real Canadense (RCMP – Royal Canadian Mounted Police). Os governos provinciais e territoriais financiam cuidados orais limitados para pessoas que recebem assistência social e algumas crianças (o limite de idade varia de acordo com as jurisdições). Os beneficiários dos programas odontológicos com financiamento público têm acesso a cuidados orais de clínicas dentárias privadas². A Figura 1 mostra uma composição dos gastos dentários em 2015.

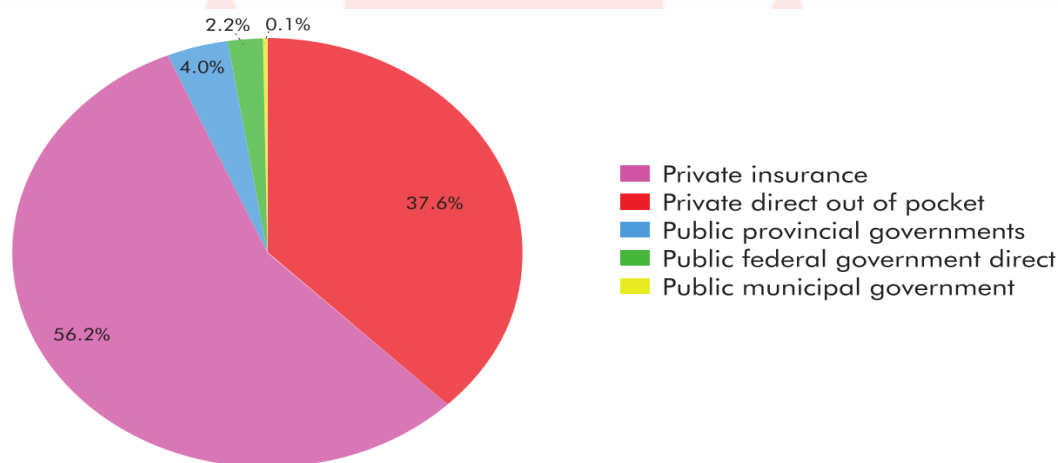


Figura 1: Gastos com Serviços Odontológicos no Canadá 2015 (Source: Health Expenditure Trends, CIHI, 2015).

Vantagens do modelo privado de assistência odontológica

O modelo de prestação de assistência odontológica privado tem sido elogiado por melhorar o acesso aos cuidados oral, oferecendo serviços de qualidade, e reduzir a carga de doenças bucais no Canadá. O Canadá tem uma relação dentista-cidadão de aproximadamente 1: 1.600, e ocupa o 5º lugar nos países da OECD em termos de número médio ou total de visitas anuais ao dentista². Até 75% dos canadenses visitam o dentista anualmente e o tempo de espera é mínimo (mesmo inexistente em alguns casos). Esses dados se comparam favoravelmente aos países da OECD similares³. Além disso, mais de 80% dos pacientes estão satisfeitos com a qualidade dos serviços de saúde bucal^(3,15). O melhor acesso ao cuidado em saúde oral nas últimas décadas contribuiu para melhorar os resultados de saúde bucal dos canadenses. Em comparação com a década de 1970, a cárie não tratada em crianças diminuiu três vezes e a proporção de adultos que perderam todos os dentes naturais (edêntulos) caiu de 23% para 6%¹⁶.



Desafios do modelo de atendimento odontológico predominante

Desigualdades em saúde bucal: Apesar das melhorias, as desigualdades em saúde bucal persistem, afetando especialmente as populações vulneráveis: idosos, povos indígenas, refugiados e novos imigrantes, pessoas com deficiência, beneficiários de assistência social, crianças e trabalhadores pobres. Famílias e indivíduos com baixa renda e baixo status socioeconômico apresentam os piores resultados de saúde bucal e acesso limitado a cuidados orais em comparação com a população em geral ^(2, 13). A renda familiar e o seguro odontológico são os principais determinantes no acesso ao cuidado oral e ao estado de saúde oral no Canadá. A Figura 2 ilustra que as pessoas sem seguro dental eram quatro vezes mais propensas a não visitarem o dentista em comparação com indivíduos que possuíam seguro odontológico.

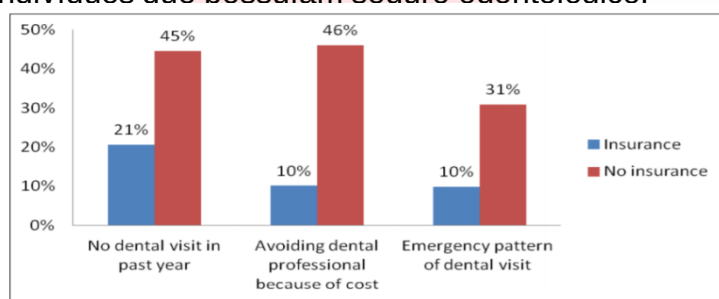


Figura 2: Seguro e acesso à saúde oral entre adultos¹³.

Cerca de um terço da população não tem seguro odontológico e não conseguem arcar com os custos. Esta proporção está aumentando, dados recentes indicam que os trabalhadores de renda média têm dificuldade em pagar o seguro dental privado. Indivíduos que não podem se dar ao luxo de acessar o atendimento odontológico privado sofrem as consequências da doença não tratada ^(8, 10, 12, 17-19) e muitas vezes acabam recebendo atendimento hospitalar de emergência ^(20, 21). A Figura 3 mostra que crianças de famílias de baixa renda tinham uma experiência três vezes maior de dor dental em comparação com as de famílias mais ricas.

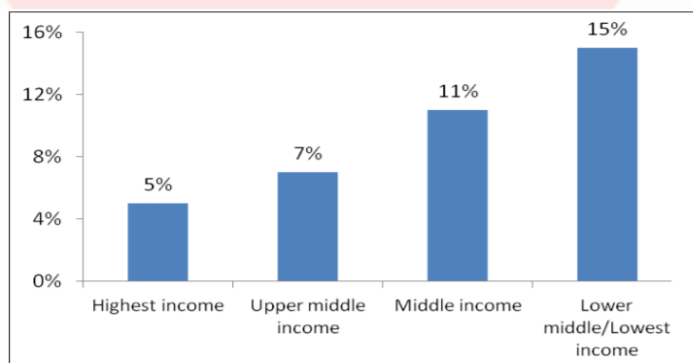


Figura 3 Porcentagem de crianças e adolescentes com dor dental durante o ano passado de acordo com renda familiar¹³.

Em termos de acesso ao cuidado de saúde oral, os povos indígenas em comunidades remotas às vezes têm que esperar até 12 meses para receber os cuidados necessários. Comunidades do norte dependem de profissionais dentários trazidos pelas cidades do sul.

Turismo odontológico

O modelo de prestação de cuidados odontológicos privado é pode encorajar o turismo odontológico, uma prática onde as pessoas viajam para buscar atendimento odontológico fora do seu país de residência habitual. As barreiras financeiras aos cuidados de saúde bucal podem fazer com que os canadenses se envolvam no turismo odontológico. Os imigrantes canadenses, os trabalhadores mais pobres e os canadenses sem seguro estão propensos a procurar cuidados de saúde bucal no exterior²². No entanto, não há números oficiais sobre o número de canadenses, nem sobre o tipo de tratamento e a qualidade dos cuidados oferecidos através do turismo odontológico²³.

Sugestões para melhorar o atual modelo de serviços odontológicos

Aumento do gasto público em atendimento odontológico

Os tomadores de decisão em saúde bucal sugeriram formas de melhorar o atual sistema de atendimento odontológico. A população²⁴ e os profissionais odontológicos²⁵ esperam que os governos federal e provincial aumentem suas despesas com cuidados bucais. Isso pode levar a uma das duas abordagens: os governos podem ampliar a gama de serviços oferecidos através de programas financiados que beneficiam as populações vulneráveis; ou a inclusão dos cuidados em saúde orais nos planos de seguro de saúde provinciais e territoriais ^(24, 26, 27). Integrar o cuidado bucal no seguro público pode reduzir as desigualdades e injustiças existentes com os grupos vulneráveis. Além disso, os governos poderiam aumentar o financiamento para iniciativas de saúde pública, como a fluoretação de água.

Desenvolvendo e ampliando sistemas alternativos de cuidados odontológicos

A Canadian Dental Association (CDA) apoia modelos alternativos de atendimento odontológico que envolverão a indústria odontológica, profissionais odontológicos, governamentais e organizações sem fins lucrativos. O CDA acredita que essa abordagem tem potencial para tornar o acesso equitativo aos cuidados bucais⁶. Além disso, os higienistas dentais e os terapeutas dentais também argumentaram que a concessão de autorização para executar procedimentos de tratamento menos complexos pode contribuir para melhorar o acesso e reduzir a lacuna de desigualdade na saúde bucal.

Conclusão

O sistema de saúde bucal canadense depende principalmente do setor privado que financia e presta serviços em saúde. O sistema contribuiu para melhorar o estado de saúde oral e o acesso dos canadenses, o Canadá se compara favoravelmente com o de outras economias avançadas em relação à saúde oral. No entanto, certos grupos populacionais ainda apresentam problemas com doenças bucais. O setor público desempenha um papel limitado no atual sistema de atendimento odontológico que tem suas vantagens, desvantagens e potenciais de melhorias.



Referências

1. Government of Canada. Canada's Health Care System. Available at: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html>. 2012.
2. Canadian Dental Association. The State of Oral Health in Canada. Available at: <http://www.cda-adc.ca/stateoforalhealth/flip/files/assets/common/downloads/publication.pdf>. 2017.
3. Labrie Y. The Other Health Care System: Four Areas Where The Private Sector Answers Patients' Needs. Montreal Economic Institute; 2015. p. 44.
4. Ducas I. Les cliniques d'hygiène dentaire, c'est pour bientôt? : La Presse; 2012.
5. Leck V, Randall GE. The rise and fall of dental therapy in Canada: a policy analysis and assessment of equity of access to oral health care for Inuit and First Nations communities. International journal for equity in health. 2017; 16:131.
6. Canadian Dental Association. Position Paper on Access to Oral Health Care for Canadians. Available at: https://www.cda-adc.ca/en/about/position_statements/accesstocarePaper/2010.
7. Quiñonez C. Why was dental care excluded from Canadian Medicare?. Available at: <http://ncohr-rcrsb.ca/knowledge-sharing/working-paper-series/content/quinonez.pdf> 2013 Contract No.: 1.
8. Ramraj C, Sadeghi L, Lawrence HP, Dempster L, Quinonez C. Is accessing dental care becoming more difficult? Evidence from Canada's middle-income population. PLoS one. 2013; 8:e57377.
9. Canadian Dental Association. CDA Position on Provincial Funding of Hospital-Based Dental Services and Postgraduate Dental Education. 2005 [Dec. 10, 2017]; Available from: http://www.cda-adc.ca/files/position_statements/fundingHospitalDentalServices.pdf.
10. Wallace B, Browne AJ, Varcoe C, Ford-Gilboe M, Wathen N, Long PM, et al. Self-reported oral health among a community sample of people experiencing social and health inequities: cross-sectional findings from a study to enhance equity in primary healthcare settings. BMJ Open, 5(12), e009519 <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009519>. 2015; 5:e009519.
11. Thompson B, Cooney P, Lawrence H, Ravaghi V, Quinonez C. Cost as a barrier to accessing dental care: findings from a Canadian population-based study. Journal of public health dentistry. 2014; 74:210-8.
12. Duncan L, Bonner A. Effects of income and dental insurance coverage on need for dental care in Canada. Journal (Canadian Dental Association). 2014; 80:e6.
13. Canadian Academy of Health Sciences. Improving Access To Oral Health Care For Vulnerable People Living In Canada. Available at: http://cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2015/07/Access_to_Oral_Care_FINAL_REPORT_EN.pdf. Ottawa, Canada 2014.
14. Canadian Institute for Health Information C. National Health Expenditure Trends, 1975 to 2015,. 2015.

15. Macdonald ME, Beaudin A, Pineda C. What do patients think about dental services in Quebec? Analysis of a dentist rating website. *Journal (Canadian Dental Association)*. 2015; 81:f3.
16. Health Canada. Technical report on the findings of the oral health component of the Canadian Health Measures Survey, 2007-2009. Ottawa (ON) 2010.
17. Wallace B B, MacEntee M, I. . Access to dental care for low- income adults: perceptions of affordability, availability and acceptability. *Journal of community health*. 2012; 37:32-9.
18. Elani H, W., Harper S, Allison P, J. , Bedos C, Kaufman J, S. Socio-economic inequalities and oral health in Canada and the United States. *J Dent Res*. 2012; 91:865–70.
19. Quiñonez C, R F. Sorry doctor, I can't afford the root canal, I have a job: Canadian dental care policy and the working poor. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*. 2010; 10:481–5.
20. Ramraj CC, Quinonez CR. Emergency room visits for dental problems among working poor Canadians. *Journal of public health dentistry*. 2013; 73:210-6.
21. Singhal S, McLaren L, Quinonez C. Trends in emergency department visits for non-traumatic dental conditions in Ontario from 2006 to 2014. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*. 2017; 108:e246-e50.
22. Adams K, Snyder J, Crooks V, A. The Perfect Storm: What's Pushing Canadians Abroad for Dental Care? *Journal (Canadian Dental Association)*. 2017; 83:h10.
23. Turner L. "Dental Tourism": Issues Surrounding Cross-Border Travel for Dental Care. Available at: http://www.jcda.ca/sites/default/files/back_issues/vol-75/issue-2/117.pdf 2009.
24. Ramji S, Quinonez C. Public preferences for government spending in Canada. *International journal for equity in health*. 2012; 11:64.
25. Quinonez CR, Figueiredo R, Locker D. Canadian dentists' opinions on publicly financed dental care. *Journal of public health dentistry*. 2009; 69:64-73.
26. Allison P. Why dental care should be included in the public health system. *The Globe and Mail*. 2014.
27. McClymont E. Dental Care in Canada: the Need for Incorporation into Publicly Funded Health Care. . *UBCMJ*. 2015; 7:28-9.



Chile



Autores: Marco Cornejo Ovalle, Lorena Coronado Viguera.

SISTEMA DE SAÚDE DE CHILE

Em 1950, o Chile instalou um Sistema Nacional de Saúde, fornecendo seguro de saúde para trabalhadores e suas famílias através de contribuições fiscais. Durante o seu funcionamento, este sistema principalmente público colaborou na melhoria do nível de saúde de sua população, posicionando-o como um dos países com melhores condições de saúde no contexto regional¹.

Desde a década de 1980, no contexto da instalação de políticas neoliberais, o sistema de saúde sofre importantes reformas, como a abertura das Instituições de Saúde Privada (ISAPRES) de caráter privado na administração de fundos e a descentralização dos cuidados na atenção primária (APS) para os municípios². Assim, no momento, o Sistema de Saúde do Chile é misto tanto no seu seguro como na prestação de serviços. O seguro público, chamado Fundo Nacional de Saúde (FONASA), cobre aproximadamente 79% da população, incluindo aqueles que contribuem com 7% de sua renda mensal (contribuições compulsórias) para as pessoas carentes de recurso, o seguro é financiado pelo Estado através de uma contribuição fiscal direta. Por outro lado, no sistema privado representado pelo ISAPRES, engloba 15% da população, concentrando nas pessoas de maior nível socioeconômico, ou seja, população mais jovem e trabalhadores com maior renda econômica. A percentagem restante corresponde a pessoas não seguradas e aquelas que contribuem para o próprio seguro de saúde das Forças Armadas (2,9%)³. Deve-se notar que o seguro FONASA e ISAPRES competem pela fonte comum de financiamento (contribuição obrigatória de funcionários com limite mensal equivalente a aproximadamente US\$ 2.860).

No setor público, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) oferece benefícios de saúde ambulatorial e hospitalar à sua população beneficiária através de 29 Serviços de Saúde distribuídos em todo o país, enquanto a APS é administrada principalmente por municípios sob orientação técnica do Ministério da Saúde. No setor privado, a ISAPRES, cuja operação corresponde à lógica dos seguros privados mais do que a do seguro social, oferece aos seus usuários vários planos de serviços de acordo com a cobertura a que acessam e de acordo com sua capacidade de pagamento e risco⁴.



Este modelo fragmentado tem gerado desigualdades na saúde e no acesso as atenções de saúde. Tem sido documentada desigualdades no acesso a alguns benefícios e no uso de serviços de saúde de acordo com gênero, classe social ou território. Por esta razão, a partir da década de 2000, foram implementadas uma série de reformas destinadas a abordar as desigualdades em saúde resultantes de diferenças geográficas e socioeconômicas, utilizando a abordagem "garantias de saúde", para fornecer cobertura universal e equitativa da assistência de saúde com qualidade em um sistema de saúde misto⁵⁻⁶. O programa, chamado GES (Garantias Explícitas em Saúde), define os direitos legalmente exigíveis para benefícios de saúde explícitos para 80 condições de saúde prioritárias, que representam 75% da carga de doença. O GES foi acompanhado por outras medidas, no contexto de uma Reforma do Sistema de Saúde, para aumentar o financiamento público e assegurar essas garantias em todo o país⁴⁻⁵.

SAÚDE BUCAL

Os cuidados de saúde bucal no Chile, mesmo antes do GES, tiveram uma abordagem predominantemente preventiva, com cobertura de fluoretação de água potável no território nacional, atingindo cerca de 83% da população urbana. O atendimento odontológico visava proteger e limitar o dano, com foco nos grupos populacionais em um período de erupção dentária temporária e definitiva, idades em que a educação para a saúde mostrou ser mais efetiva⁷. Na área de diagnóstico e tratamento, o foco foi sobre a população de maior idade de risco biológico. É por isso que apenas cuidados dentários integrados foram priorizados em crianças com idade entre 4, 6 e 12, e adolescentes grávidas e/ou primeira gravidez⁷.

Por outro lado, a saúde bucal é uma questão que foi priorizada continuamente pela população chilena, possivelmente devido às mudanças socioeconômicas e culturais produzidas no país⁸. A saúde dental é importante porque afeta o funcionamento social e limita as pessoas em seu desempenho público⁸. Além disso, é uma das áreas em que as pessoas têm maiores problemas de acesso devido a altos custos⁶, especialmente aqueles de grupos socioeconômicos desfavorecidos⁸.

Portanto, considerando a situação epidemiológica e a opinião pública, a Reforma da Saúde também considerou alguns cuidados odontológicos. Assim, os GES Odontológicos, juntamente com outros programas complementares, configuram os serviços e os principais programas que compõem a oferta atual de atendimento odontológico no sistema de saúde pública, que são detalhados a seguir:



Programa de fluoretação de água potável: o uso de fluoretos para prevenção de cáries dentárias é a medida considerada como a principal estratégia de prevenção e controle de cáries, com evidências científicas de alta qualidade que o sustentam. Desde 1996, em grande parte das comunidades da Região Metropolitana de Santiago e, em 1999, em várias regiões do Chile, a fluoretação de água começou, além da Região de Valparaíso, a única região que tem fluoretação artificial de água desde 1986⁷.

Programa Promocional Preventivo “Semeando Sorrisos”: destinado a crianças que frequentam estabelecimentos pré-escolares vulneráveis, visa aumentar a porcentagem de crianças com menos de 6 anos livre de cárie. Contempla atividades de autocuidado e proteção específica traduzidas na escovação dos dentes e na aplicação de verniz fluoretado em uma idade precoce. O seu financiamento, definido como uma linha orçamental específica, inclui a entrega anual a cada criança de um kit de higiene dental (escova de dentes e pasta de dente fluoretada), juntamente com atividades promocionais realizadas como parte da visita da equipe dentária aos jardins de infância⁹.

Programa Odontológico Integral: seu objetivo é melhorar a saúde bucal da população beneficiada no nível primário de atenção, através de cuidados preventivos, reparadores e / ou reabilitação protética de acordo com os grupos prioritários⁹. Os seus objetivos são melhorar a qualidade e a resolução do atendimento odontológico na APS, bem como melhorar a acessibilidade dos cuidados dentários em comunidades de difícil acesso. O programa "Mais sorrisos para o Chile" surge em 2014, com o compromisso presidencial da atual presidente Michelle Bachelet, visando atingir 400 mil mulheres com alta odontológica entre 2014 e 2017. O referido programa, embora com uma cobertura muito mais ampla, é a continuidade de um programa iniciado em 1994 como componente da Saúde Bucal do Programa de Apoio Intersectorial às Mulheres Chefe de Famílias, com o objetivo de melhorar o desenvolvimento individual das mulheres, recuperação da auto estima, inserção no mercado de trabalho e do cuidados de saúde bucal de suas famílias.

Programa de Melhoria do Acesso: Com a cobertura adicional limitada que pode ser concedida, o atendimento foi restrito por horas de cuidados geralmente incompatíveis com o trabalho ou as atividades da escola. Por esse motivo, o Programa Melhorar o Acesso visa melhorar o acesso ao cuidado bucal na população matriculada no quarto ano da Educação Média (último curso da educação secundária), e em adultos com mais de 20 anos, em lugares compatíveis com atividades educacionais e de trabalho¹¹.

Tabela 1: Componentes e estratégias do Programa Odontológico Integral.

COMPONENTE	ESTRATÉGIAS
1. Resolução de especialidades odontológicas na APS	1.1 Endodontia na APS
	1.2 Próteses na APS
2. Abordagem da atenção odontológica em populações de difícil acesso	2.1 Clínicas odontológicas móveis
	2.2 Atenção odontológica integral em homens com poucos recursos
3. Promoção e prevenção odontológica	3.1 Apoio odontológico em Centros Comunitarios de Saúde Familiar
4. Odontología Integral	4.1 Atenção odontológica integral à mulheres “Mais Sorrisos para o Chile”
	4.2 Auditorias clínicas em 5% das altas odontológicas integrais “Mais Sorrisos para o Chile”

Tabela 2: Componentes e estratégias do programa. Melhorando o acesso ao atendimento odontológico¹¹.

COMPONENTE	ESTRATÉGIAS
1. Atenção odontológica da morbidade	1.1 Consultas de morbidade odontológica para população maior de 20 anos e em horários estendidos
2. Atenção odontológica integral a estudantes do IV ano de educação media	2.1 Alta odontológica integral a estudantes do terceiro e quarto ano de educação media e/ou seu equivalente

O tratamento odontológico da morbidade considera as atividades de reparadores realizadas de segunda a sexta-feira à tarde e sábado de manhã, a fim de facilitar o atendimento de quem trabalha ou estuda.

Programa Dental da GES: Desde a década de 2000, os programas de cuidados odontológicos tem priorizado alguns grupos vulneráveis considerando as desigualdades marcantes observadas na saúde. Neste contexto, o Sistema de Saúde chileno propôs como objetivos fornecer cuidados de saúde definidos em uma cesta básica de benefícios. Por outro lado, através da Lei 19.966 de Acesso Universal a Garantias Explícitas (AUGE) ou Garantias Explícitas em Saúde (GES), desde 2005 foi definido e implementado um sistema que garante a cobertura de acesso, oportunidade, qualidade e proteção financeira de um grupo inicial de 25 condições de saúde que aumentaram gradualmente de julho de 2005 para as 80 patologias garantidas até à data, definidas e priorizadas de acordo com o grau da doença, o impacto na qualidade de vida e as despesas que representam; e também de acordo com a opinião organizada dos usuários através de pesquisas e reuniões de cidadãos. A Tabela 3 detalha os programas de cuidados odontológicos contemplados no Regime GES^{5,12,13}.

Tabela 3 - Programas de Cuidados odontológicos incluídos no Regime de Garantia de Saúde Explícita (GES)

GES ODONTOLÓGICO	ANO INCORPORADO AO REGIME GES
Atenção integral de saúde a crianças fissuradas	2005
Saúde oral integral para crianças de 6 anos	2005
Urgências Odontológicas Ambulatoriais	2007
Saúde oral integral para adultos de 60 anos	2007
Saúde oral integral de gestantes	2010

- Fenda labial palatina: o cuidado é garantido mesmo quando este problema de saúde está associado a malformações craniofaciais. É garantida a oportunidade de diagnóstico e tratamento odontológico, desde o nascimento até aos 15 anos de idade, como parte dos tratamentos abrangentes que essas pessoas devem receber.
- Atenção odontológica integral para crianças de 6 anos: esta garantia pode ser solicitada durante o período em que a criança tem 6 anos de idade. A oportunidade de tratamento odontológico é garantida, com admissão no prazo máximo de 90 dias a partir do seu pedido.
- Atenção odontológica integral para pessoas de 60 anos: a garantia inclui diagnóstico, educação em saúde bucal, medidas de prevenção específicas, cura de patologias existentes e reabilitação protética.
- Cuidados odontológicos abrangentes para a mulher grávida: A garantia deste GES inclui educação em saúde bucal e um tratamento odontológico integrado para tratar patologias existentes e reabilitação protética, se indicado. Este atendimento abrangente para mulheres grávidas também constitui o componente de saúde bucal incorporado ao cuidado de mulheres grávidas que participam do programa para promover o desenvolvimento integral de crianças, chamado "Chile Cresce Contigo".
- Cuidados de emergência odontológica ambulatorial: diante da baixa cobertura de atendimento odontológico abrangente oferecido no Sistema de Saúde Pública, especialmente na população adulta, e em vista das condições bucais precárias e do grande prejuízo da saúde bucal acumulada neste população, o Estado teve que garantir o atendimento oportuno da emergência odontológica ambulatorial para toda a população que a exige, juntamente com um aumento progressivo dos recursos odontológicos que permitem um aumento da oferta clínica disponível.



Estes serviços são garantidos sob uma política de proteção social com foco em direitos garantidos e exigidos pelos cidadãos. Seu cumprimento pode ser exigido tanto pelos beneficiários do seguro público (FONASA) quanto pelo seguro privado (ISAPRES) perante os órgãos correspondentes estabelecidos por lei. Isso, no âmbito de uma Reforma que procurou abordar os problemas de acesso ao atendimento odontológico para adultos, que até tiveram acesso limitado aos cuidados dentários de emergência, mesmo antes desta lei¹⁴, ou tiveram que se levantar cedo para tentar alcançar uma das poucas cotas para esses cuidados, as que foram programadas a partir do fornecimento e não da demanda da necessidade de atenção.

Referências:

1. Bossert T, Leisewitz T. Innovation and Change in the Chilean Health System.. N Engl J Med 2016; 374:1-5.
2. Jiménez, J, Bossert T.J. (1995). "Chile's Health Sector Reform: Lessons. Health Policy 1995; 32:155-66.
3. Ministerio de Desarrollo Social de Chile..Encuesta de Caracterización. http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_salud.pdf
4. Becerril-Montekio V, Reyes J, Annick M. Sistema de salud de Chile. Salud pública Méx. 2011; 53(Suppl2):s132-s142.
5. Ministerio de Salud de Chile. Ley N° 19.966 Establece un Régimen de Garantías en Salud (GES). [consultado 20 sept 2017]. Disponible en <http://bcn.cl/1uyp6>
6. Cornejo-Ovalle M, Paraje G, Vásquez-Lavín F, Pérez G, Palència L, Borrell C. Changes in Socioeconomic Inequalities in the Use of Dental Care Following Major Healthcare Reform in Chile, 2004–2009. Int J Environ Res Public Health. 2015 Mar; 12(3): 2823–2836.
7. Departamento Odontológico del Ministerio de Salud de Chile, editor. Plan Nacional de Salud Buco-dental-Normas Odontológicas. 1993: Santiago.
8. Sgombich X, Frenz P, Agurto I, Valenzuela V, González C, Guerrero A, et al. Estudio de Preferencias Sociales para la definición de Garantías Explícitas de Salud. 2009. Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria.
9. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnico Administrativas para ejecución de Programa Sembrando Sonrisas 2016.
10. Ministerio de Salud de Chile. Orientación Técnica Programa Odont. Integral 2017.
11. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones Técnicas Programa Mejoramiento del Acceso 2017.
12. Ministerio de Salud de Chile. Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud. Decreto GES 2016. [consultado 20 de sept. 2017]. Disponible en <http://bcn.cl/1vapd>
13. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones Técnico Administrativas para la ejecución de Programa GES Odontológico 2017.
14. Delgado I, Cornejo-Ovalle M, Jadue L, Huberman J. Determinantes sociales y equidad de acceso en la salud dental en Chile. Adaptación de la Comunicación IV Jornadas sobre Salud Oral y Desigualdad COEM. Cient. Dent.2013; 10(2):101-9.



Colômbia



Autores: Gabriel Jaime Otálvaro Castro, Sandra Milena Zuluaga Salazar, Gonzalo Jaramillo Delgado, Jairo Hernán Ternera Pulido, Sebastián Sandoval Valencia.

Políticas de Saúde Bucal dentro do Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde na Colômbia

Generalidades sobre o Sistema de Saúde

A Constituição Política de 1991 define a seguridade social como um serviço público de carácter obrigatório e um direito imutável dos habitantes, que é fornecido sob a direção, coordenação e controle do Estado. Ao mesmo tempo, definiu cuidados de saúde e saneamento ambiental como serviços públicos administrados pelo Estado, organizados de forma descentralizada, por níveis de atendimento e participação comunitária¹. Saúde e saneamento básico, e outros serviços públicos essenciais são de responsabilidade de territórios subnacionais, especialmente os municípios e distritos ².

O Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde –SGSSS–, promulgado em 1993, é o marco regulatório do sistema de saúde na Colômbia. A Lei 100 que criou o SGSSS, constitui-se com um conjunto de postulados que afirmou o mercado como um princípio organizador e incorporou a saúde como uma mercadoria pela força através da obrigação de garantia.

Em 2015, como resultado da mobilização social e da pressão do Tribunal Constitucional, foi promulgada a Lei Estatutária da Saúde, que reconhece o carácter fundamental e autônomo do direito à saúde e estabelece mecanismos de garantia, regulação e proteção. Com isso, o núcleo desse direito foi estendido a considerar os direitos individuais e coletivos, incluindo o acesso a serviços de saúde de forma atempada, eficiente e de qualidade, mas também ações para agir sobre os determinantes sociais dos processos de saúde ³.

O Ministério da Saúde e Proteção Social é responsável pela direção, orientação e conduta do SGSSS. As entidades de saúde departamentais, distritais e municipais contribuem para a direção do sistema ². O financiamento do SGSSS colombiano, mobiliza recursos de dois tipos de fontes: (a) primário (famílias e empresas), através de contribuições, e (b) secundário (recursos da Nação). Ações como as de saúde pública são financiadas com recursos da Nação e com destino territorial específico ².





A saúde pública é responsabilidade do Estado. As ações coletivas são de responsabilidade dos governos territoriais (departamentos, distritos e municípios), enquanto as ações preventivas individuais são da responsabilidade das seguradoras. Desde 2011, foi definido um Plano de Saúde Pública de dez anos, que constitui a principal política pública sobre o assunto⁴. Saúde bucal é um problema dentro de dez eixos que constituem o plano de 10 anos.

O seguro, que constitui a espinha dorsal da organização do sistema, orienta-se principalmente para a saúde individual e é entendido como a administração do risco financeiro, a gestão do risco para a saúde, a articulação dos serviços, a garantia da qualidade na prestação de serviços de saúde e a representação do membro perante o provedor e outros atores². O seguro inclui um Plano de Benefícios, que é um conjunto de atividades, procedimentos, medicamentos, auxílios diagnósticos e terapias a que a população tem direito. Atualmente, a cobertura nacional da filiação SGSSS é superior a 95%⁵.

A prestação de serviços de saúde é realizada através dos diferentes tipos de provedores de serviços de saúde, instituições públicas ou privadas, que oferecem serviços ambulatoriais e hospitalares e profissionais independentes, cumprindo os padrões de habilitação estabelecidos pelo Sistema de Saúde Compulsório. Garantia de qualidade e oferecendo seus serviços a qualquer um dos pagadores do sistema².

Políticas de saúde bucal na Colômbia

As políticas de atendimento odontológico individual são definidas nos regulamentos do SGSSS. Os benefícios do Plano de Saúde, incluem atividades educativas e preventivas em saúde bucal, meios auxiliares de diagnóstico radiográfico, cuidados de emergências odontológicas, bem como procedimentos operacionais, endodontia, odontopediatria, estomatologia e estomatologia, cirurgia oral e maxilo-facial e reabilitação com próteses totais muco suportadas.

As atividades educativas e preventivas, estão definidas na norma técnica para a atenção preventiva em saúde bucal. Inclui o controle de placa bacteriana, controle mecânico da placa, a aplicação de flúor e selantes para menores de 18 anos⁶. Estas atividades são gratuitas para os usuários e estão isentas de co-pagamento.

Os procedimentos odontológicos do Plano de Benefícios em Saúde incluem: restaurações em amalgama, ionômero e resina. Tratamento endodôntico em dentes uni ou multirradiculares. Procedimentos de cirurgia oral e maxilofacial, incluindo a exodontia de terceiros molares permanentes; além de cuidados cirúrgicos e reabilitação de pacientes com graves anomalias crânio maxilo facial, como lábio leporino congênito. Próteses mucosas totais, incluindo inserção, adaptação e controle.

⁶ A primeira formulação foi feita em 2004 sob o lema "Pacto para a saúde bucal". Em 2011, foi realizada uma avaliação e ajuste para o período 2011-2021.



Os tratamentos odontológicos excluídos do Plano de Benefícios, são: os de periodontia (exceto remoção de tártaro supragengival, alisamento radicular e drenagem periodontal), procedimentos de implantologia, próteses parciais (dentomucosuportadas), tratamentos ortodônticos, clareamento dental, enxaguantes bucais, pastas dentífricas, escovas e fio dental.

No que se refere às políticas de saúde bucal em saúde pública, vale a pena destacar a implementação de um conjunto de medidas, entre as quais a adição de flúor ao sal de consumo humano, o desenvolvimento de pesquisas nacionais de saúde bucal, a formulação de planos nacionais de saúde bucal, a implementação de ações coletivas dos governos locais e a implementação de políticas públicas de saúde bucal a nível territorial.

Em 1984, com o decreto 2024, foi aprovada a fluoração de sal na Colômbia, adicionada com valores de 200 partes por milhão de ppm de flúor (+/- 20 ppm como limites superiores e inferiores). A medida começou a ser implementada em 1989⁷. A prevalência de fluorose em crianças de 5 anos (dentição temporária) foi de 8,4%, aos 12 anos de 62% e aos 15 anos de 56%⁸.

Em relação aos estudos populacionais, o Ministério da Saúde realizou quatro estudos nacionais de saúde bucal: 1965/1966, 1977/1980, 1998 e 2014. Isso permitiu monitorar a evolução dos indicadores de morbidade oral em 50 anos, confirmando uma tendência progressiva na diminuição da prevalência e gravidade da cárie dentária e fazer avançar o reconhecimento de outras questões relevantes, tais como representações sociais da saúde bucal e processo de determinação social.

O indicador de dentes cariados (estágio avançado), obturados e perdidos por cárie (COP), no último estudo nacional em 2014, foi de 1,51 dentes afetados aos 12 anos, valor que diminuiu em relação à medida de 1998 [DPOC 2,3 aos 12 anos]. Da mesma forma, os resultados deste estudo indicam um aumento da doença periodontal, fluorose leve e muito leve e edentulismo, lesões protéticas e estomatite⁸.

O Plano de Saúde Pública de dez anos 2012-2021 é a principal política de saúde pública atual do SGSSS. Esta política inclui a saúde bucal como um tema entre uma das suas dimensões prioritárias (condições crônicas não transmissíveis)⁹. A implementação do Plano de Saúde Pública de dez anos é da responsabilidade das entidades territoriais, especialmente dos municípios e distritos. Seu escopo é condicionado pela capacidade técnica, financeira e operacional do mesmo, de modo que investimentos, abordagens, estratégias e cobertura sejam altamente heterogêneos em todo o país. A implementação de ações educativas no ambiente escolar e em espaços de cuidados pré-escolares pode ser a mais comum na implementação do plano decenal nas diferentes entidades territoriais.



Como alternativa para enfrentar a fraqueza nacional na reitoria da política de saúde, desde o início do século XXI, algumas entidades territoriais formularam e implementaram políticas públicas participativas de alcance territorial. As de maior alcance têm sido as políticas públicas de saúde bucal das cidades de Bogotá (2004)*, Manizales (2006) e Medellín (2013). Apesar de terem sido realizadas com as dificuldades inerentes à escassez de regulamentação nesta matéria, e supondo um esforço dos atores locais atendendo ao vácuo normativo em que operam, esses esforços municipais não tiveram um apoio político, financeiro e político decisivo do governo e da autoridade nacional de saúde.

Políticas para a formação e o exercício profissional

Atualmente, 43 programas de treinamento profissional em odontologia são oferecidos na Colômbia, desenvolvidos por 22 universidades, que operam em 17 cidades, com quase 1.900 lugares por semestre. 11% das instituições são públicas. A maioria dos programas duram dez semestres, um deles dura oito semestres. Existem 109 programas de especialização correspondentes a 49 especializações, 3 mestrados e 1 doutorado^{10,11}. De acordo com dados oficiais do Observatório do Talento Humano do Ministério da Saúde, em 2015 havia mais de 45 mil dentistas no país.

Nos últimos 30 anos, em um contexto de reformas neoliberais nas políticas educacionais, a oferta de dentistas no país triplicou. De 0,32 dentistas por 1.000 habitantes em 1984 atingiu 0,93 em 2015. Atualmente, há quase um dentista por 1.000 habitantes na Colômbia¹⁰.

Junto com a hiper concentração de profissionais de odontologia em grandes cidades, as posições de serviço social obrigatório, que poderiam guiar o primeiro emprego dos recém graduados para áreas rurais, foram reduzidas ao mínimo. Os lugares de serviço social para 2017 foram 430, o que significa que apenas 13,6% dos diplomados recém-inscritos poderiam absorver, exonerando 86,4% dos novos profissionais¹¹.

As políticas para o treinamento do talento humano e para a prática profissional da odontologia não são o resultado de um processo de planejamento e consenso social, pelo contrário, são definidos por critérios de mercado gratuitos. Os resultados são óbvios.



Referências:

1. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia. 1991:125.
2. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Sistema de Salud en Colombia. In: Giovanella L (org), Feo O (org), Faria M (org), Tobar S (org), orgs. *Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Primera ed. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; 2012:349–440.
3. Congreso de la Republica de Colombia. *Ley Estatutaria 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. República de Colombia; 2015:13.
4. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. 2011;(4):1–51.
5. Así vamos en Salud. Cobertura del aseguramiento consolidado nacional.
6. Ministerio de Salud. Norma técnica para la atención preventiva en salud bucal. 2000:20.
7. Ministerio de Salud y Protección Social C. Documento técnico. Perspectiva del uso del flúor vs caries y fluorisis dental en Colombia. 2016:89.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. IV Estudio Nacional de Salud Bucal. 2014.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. 2013:237.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Abecé sobre el IV estudio nacional de salud bucal. 2014:12.
11. Ternera JH. *A propósito de la autorización de nuevos programas de odontología*. Bogotá D.C.; 2017.

Fontes de informação das tabelas de indicadores:

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. s/f. "Proyecciones de población". Recuperado el 7 de noviembre de 2017 (<http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>).
2. Banco Mundial & Naciones Unidas. s/f. "Perspectivas de la urbanización mundial." Recuperado el 7 de noviembre de 2017 (<https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.URB.TOTL.IN.ZS>).
3. Banco Mundial. "Datos sobre las cuentas nacionales del Banco Mundial y archivos de datos sobre cuentas nacionales de la OCDE". Recuperado el 7 de noviembre de 2017 (<https://datos.bancomundial.org/pais/colombia>).
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. s/f. "Pobreza Monetaria y Multidimensional en Colombia 2016". Recuperado el 7 de noviembre de 2017 (http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/bol_pobreza_1_6.pdf)



5. Banco Mundial. "Base de datos de cuentas nacionales de salud de la Organización Mundial de la Salud". Recuperado el 7 de noviembre de 2017 (<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>)
6. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. s/f. "Proyecciones de Población 2005-2020. Tablas abreviadas de mortalidad nacionales y departamentales 1985 – 2020". Recuperado el 7 de noviembre de 2017 (https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/8Tablasvida1985_2020.pdf)
7. Banco Mundial. "División de Población de las Naciones Unidas. Perspectivas de la población mundial". Recuperado el 7 de noviembre de 2017 (<https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN>)
8. Banco Mundial. "Estimaciones desarrolladas por el Grupo interinstitucional de las Naciones Unidas para la estimación de la mortalidad infantil (UNICEF, OMS, Banco Mundial, División de Población de las Naciones Unidas)". Recuperado el 7 de noviembre de 2017 (<https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN>)
9. Banco Mundial. "Nivel y tendencias en la mortalidad infantil. Informe 2011. Estimaciones elaboradas por el Grupo interinstitucional de las Naciones Unidas para la estimación de la mortalidad infantil (UNICEF, OMS, Banco Mundial, ONU DESA, PNUD)". Recuperado el 7 de noviembre de 2017 (<https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.IMRT.IN?view=chart>)
10. Banco Mundial. "Estimaciones elaboradas por el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil". Recuperado el 7 de noviembre de 2017 (<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.MORT>)
11. Banco Mundial; Tendencias en la mortalidad materna: 1990-2015. Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial: (<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT>)
12. Banco Mundial. "Vigilancia, evaluación y monitoreo de vacunas WHO and UNICEF". Recuperado el 7 de noviembre de 2017 (<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.VAC.TTNS.ZS>)
13. Ministerio de Salud y Protección Social. 2016. "Densidad estimada de talento humano en salud por 10.000 habitantes". Recuperado el 7 de noviembre de 2017 (<http://ontalentohumano.minsalud.gov.co/indicadores/Paginas/Densidad-estimada-talento-humano-salud.aspx>).
14. Ministerio de Salud y Protección Social. 2014. "IV Estudio Nacional de Salud Bucal". Recuperado el 7 de noviembre de 2017 (<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>).



Costa Rica



Autores: William Brenes, Rafael Porras, Alvaro Salas, Hugo Mora, Gustavo Bermúdez, Grettel Molina, Rossi Brender, Melissa Rojas, Angelina Sandoval, Ronni Hirsch, Federico Hoffmaister, Manuel Zamora, Nora Chaves, Ana Cecilia Murillo, Ana C. Parra, Susan Lugo.

Sistema Nacional de Saúde na Costa Rica

O direito à saúde da população costarriquenha está consagrado em sua Constituição Política desde 1949. Esta carta garante o direito à vida em um ambiente saudável, bem como a proteção especial do estado da família e especialmente a “mãe, o filho, o idoso e o doente indefeso” (artigos 50 e 51). Além disso, no seu artigo 73 estabelece a criação de seguro social para trabalhadores e proteção em caso de “doença, invalidez, maternidade, velhice, morte...”

Os regulamentos e normativas sobre saúde são estabelecidos pela Lei Geral de Saúde (Gaceta em 3 de outubro de 1973, Assembléia Legislativa da República da Costa Rica) e no seu artigo 1º, lê: "A saúde da população é um bem de interesse público protegido pelo estado".

Neste quadro legal, o Sistema Nacional de Saúde da Costa Rica foi organizado, baseado nos princípios da segurança social da Costa Rica e administrado pelo Fundo Costarriquenho de Segurança Social (CCSS).

Os princípios são: Universalidade: todos os costarriquenhos fazem parte do sistema nacional de saúde independentemente da condição de seguro; Solidariedade contributiva e intergeracional, com crianças, mulheres e pessoas maiores; Equidade: oferece serviços de saúde para atender às diferentes necessidades da população; Obrigação de pertencer ao sistema, independentemente do seu status social ou econômico. Empregadores, trabalhadores e o Estado contribuem conjuntamente no financiamento tripartite do sistema de saúde. O Estado costarriquenho tem o Regime não contributivo, RNC, para o cuidado da população que vive na pobreza, administrado pela CCSS.

Este seguro permite que a população mais vulnerável do país tenha um subsídio econômico mensal e os mesmos direitos de saúde que a população trabalhadora ativa recebe.



O Ministério da Saúde é o órgão governante da saúde da Costa Rica, tanto do setor privado como do setor público, bem como do setor cooperativo de saúde e ONGs, especialmente orientadas para o primeiro nível de atendimento.

O modelo de cuidados de saúde abrangente baseia-se nos princípios de Atenção Primária à Saúde, APS, onde a prevenção de doenças, promoção da saúde, cura e reabilitação são componentes essenciais dela.

Para cumprir os preceitos da APS, toda a população da Costa Rica é dividida de acordo com a divisão político-administrativa e geográfica do país. Cada setor tem, em média, 6 mil habitantes e há uma equipe básica de saúde, EBAIS, composta por um clínico geral, um auxiliar de enfermagem, um ou mais técnicos de atenção primária, ATAP e um assistente de registros médicos para cada um. O arquivo da família é digitalizado e usado nos cuidados de saúde, tanto no nível do centro de saúde quanto durante a visita domiciliar.

A equipe de suporte está localizada na sede da área de saúde dos 81 territórios e é composta por médicos, dentistas, farmacêuticos, microbiologistas, enfermeiros, nutricionistas e psicólogos, bem como as tecnologias correspondentes.

As áreas de saúde constituem as regiões de saúde. O país possui uma rede de hospitais periféricos em algumas áreas de saúde, hospitais regionais ou cuidados de segundo nível, em cada uma das sete regiões e hospitais nacionais ou terceiro nível de complexidade, na capital.

Políticas públicas de saúde bucal na Costa Rica

Em termos de saúde bucal, a Lei Geral de Saúde em seu artigo 16 afirma: "Todo estudante deve ser submetido a exames médicos e odontológicos preventivos e participar dos programas de educação em saúde e nutrição complementar que os estabelecimentos educacionais público e privados devem oferecer".

Atualmente, o atendimento odontológico de crianças e de toda a população em geral é administrado pela CCSS em seus três níveis de atendimento (primário, básico e especializado) e com cobertura nacional. A provisão de serviços em odontologia em todos os níveis é organizada de acordo com os Padrões de Benefícios Odontológicos desde 1997, a título de exemplo, a distribuição do tempo profissional no primeiro nível de cuidados é explicada da seguinte forma: *"Dentro do horário total de programação de atividades em Odontologia, dentro do Novo Modelo de Cuidado, a distribuição percentual das ações será distribuída da seguinte forma:*

Grupo de idade	Porcentagem de tempo
Criança SEP	30%
Adolescente SEP	25%
Mulher SEP	20%
Adultos	15%
Idosos	10%

A porcentagem de distribuição de tempo, não implica que deve ser atribuída na ordem indicada, mas deve entender-se que a regra estabelece a prioridade de alocação do tempo total disponível para a atenção na seguinte ordem de prioridades: criança, adolescente, mulher, adultos e idosos.

A atenção prestada está orientada para os aspectos da Saúde Integral com a Estratégia de Atenção Primária em Saúde Oral (APSO), contemplando os aspectos sociais e sistêmicos, complementados com tratamento farmacológico e diagnóstico por imagem, de forma interdisciplinar e intersetorial".

O Ministério da Saúde (MS) continua com o programa nacional para crianças em condições de pobreza e pobreza extrema chamado CEN/CINAI na Costa Rica é um programa de Nutrição, Desenvolvimento Integral da Criança e Cuidados que visa fornecer a meninos e meninas as ferramentas básicas para alcançar um desenvolvimento integral através da combinação de serviços de alimentação, cuidados e ações educacionais.

Atualmente, os beneficiários dessas atividades recebem Atenção e Proteção Infantil em 556 estabelecimentos em todo o país, até abril de 2017 foram contabilizados 1.096 bebês, 17.678 meninos e meninas de 0 a 6 anos e 1.824 escolares.

Entre essas ações está o "Atenção Preventivos de Saúde Oral no CEN/CINAI", que inclui uma série de atividades voltadas para a promoção da saúde bucal que estimulam os estilos de vida em crianças abrangidas pelos programas. A redução de risco mais importante na aparência de cárie e doença das gengivas também é realizada através da detecção, remoção mecânica da placa bacteriana e controle dela e criação dos mecanismos necessários que favorecem a referência e contra - referência, às instituições do setor.

Para 2016, foram realizados 67,921 controles de placa bacteriana em crianças. Para o primeiro trimestre de 2017, a primeira medida de fevereiro atingiu 13.395 beneficiários do programa CEN/CINAI.

Em 1989 quando foi modificada o Norma Oficial para o Sal na Qualidade Alimentar, pelo decreto nº 18959 do Ministério da Economia. Indústria e Comércio e Ministério da Saúde, para incluir a fortificação de sal de consumo humano com fluoretos.

Costa Rica foi o primeiro país das Américas e terceiro no mundo a aplicar esta medida de forma massiva à população. No final de 1987, 75% do sal consumido pelos costarriquenhos estava fluoretado e iodado.

O Ministério da Saúde continua com os controles de qualidade tanto na adição de fluoretos ao sal doméstico das minas de sal quanto na amostragem do sal já industrializado. As avaliações também são realizadas no comportamento epidemiológico da cárie em áreas com altas concentrações de fluoretos em suas águas como uma medida para monitorar ações relacionadas à produção, comércio e possíveis desvios no uso de fluoretos sistêmicos, que podem por em risco a saúde da população.(Y. Peraza, 2016). Essas investigações estão sob a responsabilidade do Programa Nacional de Fluoretação de Sal (PNFS) do Instituto Costarriquenho de Investigações e Ensino em Nutrição e Saúde (INCIENSA), uma unidade do Ministério da Saúde (MS).

A adição de flúor ao sal é considerada a principal política de prevenção primária da cárie desenvolvida na Costa Rica e causou um declínio na frequência da doença em benefício de toda a população costarriquenha.

A evidência do potencial benefício da fluoretação para a saúde entre outras medidas de prevenção primária de cáries, é demonstrada por estudos epidemiológicos da prevalência de cáries usando o índice CPOD no grupo populacional aos 12 anos. Em 1988, o índice mostrou um valor de 8,4, um valor que é tomado como um ponto de referência para a implantação do Programa. Para o ano de 1992, o índice de cáries na mesma faixa etária foi quantificado em 4.9, já no ano de 1999 (Solórzano, Salas), o CPOD foi de 2,46, mostrando uma redução de cárie de 73% no período entre 1984 e 1999.

No último estudo nacional em 2006, o índice de DMFT foi quantificado em 2.57, mostrando uma estagnação na redução da frequência da doença em relação aos outros estudos epidemiológicos (Montero O, Ulate, et al.). Uma possível explicação para a estagnação na frequência de cáries deve-se ao fato de as crianças que participaram do estudo em 2006 nasceram entre 1993 e 1995, época em que a reforma do setor da saúde já estava no limiar de sua vigência, razão pela qual já não foram cobertos pelos programas de prevenção e atenção odontológicos do Ministério da Saúde e corresponde sua atenção ao CCSS, época na qual a cobertura de seus programas começou com o desenvolvimento de estratégias. Ficam pendentes estudos que esclareçam o atual estado atual da saúde bucal e meçam a eficácia de seus programas.

Este último estudo mostra que o comportamento da cárie varia de acordo com a condição social das pessoas, sendo aqueles que estão em desvantagem social e econômica os mais vulneráveis a sofrerem a doença, por exemplo: as crianças nas escolas públicas têm três vezes o risco de ficar com cáries em comparação com crianças em escolas privadas. O que precede dá luz para as futuras políticas de cobertura odontológica para incluir os critérios de equidade e vulnerabilidade na promoção e proteção da saúde bucal na Costa Rica.

É nesse sentido que a Faculdade de Cirurgiões Dentistas da Costa Rica (CCDCR) propôs ao MS, à CCSS, ao Ministério da Educação, às ONGs e ao próprio CCDCR a Política Nacional de Atenção, Promoção e Proteção da Saúde Bucodental (novembro de 2011) e entre suas principais diretrizes estão:

- expansão da cobertura para grupos vulneráveis da população, principalmente crianças, idosos e pessoas com deficiência;
- além de mudar a estratégia de atenção pela demanda para uma estratégia de atenção de forma sistemática;
- desenvolvimento de estratégias de educação em saúde voltadas para o autocuidado da saúde, conhecimento dos direitos da população sobre o acesso aos serviços de saúde;
- Participação social e capacitação da comunidade em busca de melhorar as condições que garantem uma melhor qualidade de vida para as pessoas.

Por sua vez, o CCDCR através da Comissão do Plano Nacional promoveu o desenvolvimento de dois programas de promoção e educação em saúde:

Através de um acordo com o Ministério da Educação Pública (MEP), promoveu-se a inclusão da promoção e proteção da saúde bucodental como componente dos currículos primário e secundário. Isso no âmbito de uma nova política curricular com visão para a nova cidadania. Para o processo de transformação curricular dos programas, trabalhamos com uma habilidade chamada: estilos de vida saudáveis. Conheça os cuidados de saúde bucodental, de modo que nos diferentes programas de estudo se encontre a temática em questão.

Referências:

1. Dirección Nacional de CEN-CINAI, INFORME DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA, ABRIL 2017, San José.
2. Dirección Nacional Cen/Cinai, Informes Regionales de Control de Placa Bacteriana, Costa Rica 2016.
3. Dirección Nacional Cen/Cinai, Informes Regionales de Control de Placa Bacteriana, Costa Rica 2017
4. Fuente: Ministerio de Salud de Costa Rica, Dirección de CEN CINAI, Unidad de Normalización y Asistencia Técnica, "Norma para la Atención Preventiva de la Salud Oral en CEN CINAI", Enero 2014
5. Programa Fluoruración de la Sal, Memoria II Curso de Formación de Lideres en Programas de Fluoruración, pag 18 y 19, San José Costa Rica , 1992.
6. Y. Peraza. Monitoreo de caries y fluorosis dental en escolares entre 10 y 14 años de edad de la zona noreste de Cartago. Programa Nacional de Fluoruración de la Sal. INCIENSA. 2016.
7. INCIENSA. Salas Nary Tere, Solórzano Ivannia, Chavarría Patricia. Encuesta Nacional de Salud Oral: Caries Dental. Tres Rios, Cartago : INCIENSA, 1999. IBSN 9968-843-03-2.
8. Montero O, Ulate Y, et al. Prevalencia de caries dental en niños niñas escolares de 12 años de edad en Costa rica, 2006. Revista Científica Odontológica. Vol. 7 N. 2. 1992.



Cuba



Autora: Maritza Sosa Rosales.

Sistema de saúde cubano. Subsistema de atenção estomatológica

INTRODUÇÃO

O estado e o governo cubano através da Constituição da República, em seu Capítulo VII, Artigo 50, e sua Lei 41, garantem a Saúde a toda a população, tendo como premissa que a "saúde é um direito de todos os indivíduos e uma responsabilidade do estado ", sendo o Ministério da Saúde Pública (MINSAP) o responsável por executá-lo em sua rede de serviços organizados em um Sistema de Saúde, que tem como características de ser único, integral e regionalizado.

Se define então como a Missão do MINSAP: "é o Organismo Orientador do Sistema Nacional de Saúde (SNS), encarregado de dirigir, executar e controlar a aplicação da Política de Estado e do Governo enquanto a Saúde Pública é pelo desenvolvimento das Ciências Médicas"; sendo seus Princípios Orientadores os seguintes: Caráter estatal e social da medicina; Acessibilidade e gratuidade dos Serviços; Orientação profilática; Participação comunitária e intersetorialidade; Colaboração internacional; Centralização normativa e descentralização executiva e Aplicação adequada dos avanços da Ciência e Técnica.

Para o cumprimento desta Missão, o país fez grandes esforços garantindo o orçamento necessário. As despesas por habitante e a percentagem do Produto Interno Bruto dedicado à Saúde cresceram sistematicamente, aumentando em 2017 para 641,87 pesos por habitante (Anuário Estatístico da Saúde 2016), excedendo os sete mil milhões do orçamento atribuído ao setor, enquanto que na América Latina era apenas 2,5 e apesar das limitações impostas pelo bloqueio, o SNS tem continuado melhorando seus indicadores de saúde, comparáveis hoje mesmo com países desenvolvidos.

Essas realizações tem sido possíveis entre outros fatores, pelo potencial humano que dispõe o SNS, seu principal recurso, assim como a participação da comunidade e a interação de todos os setores do país. Neste sentido, é responsabilidade dos trabalhadores do setor utilizar os recursos humanos e materiais com maior eficiência e eficácia e é neste contexto que o Organismo considera os seguintes propósitos como Visão para os próximos anos: Aumentar a qualidade da atenção médica; Incrementar o nível de satisfação da população; Aumentar a eficiência econômica do Sistema; Melhorar os indicadores de Saúde e Melhorar a atenção ao homem.





Os componentes do SNS são a Promoção da Saúde; a Atenção Médica Preventiva, Curativa e de Reabilitação; a Assistência aos idosos, deficientes físicos e mentais e outros portadores de deficiência; o Controle Higiênico - Epidemiológico; a Formação, Especialização e Educação Continuada de Profissionais e Técnicos; a Pesquisa e desenvolvimento das Ciências Médicas; a Informação Científica – Técnica; a Garantia de suprimentos os não médicos e manutenção do Sistema e da Garantia Tecnológica, Médica e Eletromedicina.

A rede de Serviços da SNS é composta por Hospitais, Policlínicas, Clínicas e Serviços de Estomatologia, Casas de Maternidade, Lares de Idosos e Bancos de Sangue. Possui também uma rede de Centros Provinciais e Municipais de Higiene e Epidemiologia; Universidades de Ciências Médicas e Faculdades e outras unidades que possibilitem a execução de suas ações. É nessa rede onde se integram as funções básicas do SNS: a assistência, o ensino e a pesquisa, através de Programas.

Os principais resultados alcançados (Anuário Estatístico 2016) do mesmo ano de 1959 tem sido, entre outros, a erradicação de 14 doenças infecciosas, outras nove não constituem problemas de saúde porque apresentam taxas inferiores a 0,1 por 100 mil habitantes. Existem 29 doenças transmissíveis e formas clínicas sob controle, 18 delas por vacinas. Os indicadores de impacto que certificam a eliminação da transmissão mãe-filho do HIV e Sífilis congênita, certificados pela OPAS / OMS em junho de 2015, foram atendidos.

Atenção estomatológica

Antes do triunfo revolucionário os serviços odontológicos estatais contavam com cerca de 250 dentistas, que estavam mal equipados, trabalhavam em média 10 horas por semana e, com algumas exceções, limitavam o tratamento à extrações e atendimento de urgências. Além de serem muito poucos, 62% estavam concentrados na Província de Havana, particularmente em sua região metropolitana.

Toda esta situação trouxe como consequência para a nossa população uma enorme deterioração do seu estado de saúde bucal e necessidades acumuladas de atenção, as quais o Governo Revolucionário teve que buscar uma solução.

É a partir de 1959, em que como expressão das profundas transformações socioeconômicas que se iniciam no país que se faz efetivo o princípio de que “a saúde é um direito do povo e um dever do estado”. Para cumprir este postulado, foi criada uma rede de serviços estomatológicos, cujo principal objetivo foi a promoção da saúde bucal e a prevenção das doenças.



Já em 1968, se iniciam em Villa Clara e Havana as primeiras ações preventivas em massa com a execução dos enxaguatórios ("bochechos") de fluoreto de sódio a todos os alunos do primeiro grau e já em 1970 foi ampliada para todo o país, aplicando-se posteriormente no ensino secundário e, mais recentemente, no ano de 1998, nos pré-universitários e ensino tecnológico, orientados para a prevenção das Cáries.

Ao mesmo tempo, se desenvolvia a promoção da saúde bucal com ênfase na população infantil e adolescente, incluindo na década de 80 as mulheres grávidas e doentes mentais, e na década de 90 idosos e mães de crianças menores de um ano de idade. Também se concentra nos aspectos educacionais relacionados ao Câncer de Boca e às Cáries, tendo um trabalho sistemático sobre os componentes associados à doença periodontal e maloclusões que se fortaleceram um pouco, mas não o suficiente no final da década de 90.

Um elemento fundamental na prevenção constituiu na localização escovas dentais nos espaços infantis para criar hábitos higiênicos desde uma idade muito precoce, trabalhando durante anos com educação para estendê-lo a outros níveis de educação, ainda não alcançados.

Se trabalhou na implementação de controles de placa dental, elemento fundamental para o prevenção das cáries e as doenças periodontais, principalmente na população infantil e na população que busca os serviços odontológicos, estendendo-se também à casas e instituições de ensino.

Este trabalho sistemático permitiu que nosso país elevar o estado de saúde bucal da população, principalmente a infantil, e apesar dos efeitos econômicos que tivemos durante a década de 90, eles continuaram a melhorar nesse grupo populacional.

Em 1996, determinou-se que, para ampliar a prevenção da Cárie para toda a população e continuar a melhorar em crianças e adolescentes de forma mais eficaz e eficiente, era necessário introduzir uma nova tecnologia: Fluoretação de sal para consumo humano, indicado pela OPS / OMS como uma medida preventiva que permite uma redução da morbidade e mortalidade por caries dentárias até em 60%, generalizada em todo o mundo e sabendo que é um dos principais problemas de saúde bucal no mundo e em nosso país, relatado por estudos realizados pela Organização Mundial da Saúde, uma prevalência de até 98% na população em geral, e constituindo-se junto com doenças periodontais e o resfriado comum, as doenças mais prevalentes em seres humanos, Caries é o mais prevalente na população junto com a Gripe e a principal causa de perda dentária. A fluoretação do sal de consumo começou em 2000, um processo que está atualmente em fase de consolidação, o que nos permitirá continuar a melhorar o estado de saúde bucal da população cubana.



Como parte indissolúvel do SNS e de sua visão se encontra a Estratégia de Estomatologia a qual tem alcançado metas de saúde bucal comparáveis aos países mais desenvolvidos e recursos humanos com alta formação científica, reconhecida internacionalmente.

Com a introdução do Modelo de Atenção Primária do "Médico e Enfermeira da Família" no Sistema Nacional de Saúde, desenvolve-se a Atenção Estomatológica Integral e se vincula o Estomatologista e o Médico de família na equipe de saúde como responsável pelo atendimento de uma população delimitada em uma área geográfica, executando ações de Promoção, Prevenção, Cura e Reabilitação, priorizando a criança até os 18 anos, a gestante e a mãe de crianças com menos de 1 ano, deficientes mentais e deficientes físicos e maiores de 60 anos.

Essas ações estão integradas em um Programa Nacional de Atenção Estomatológica Integral para a população, que são fornecidos em uma Rede de Serviços integrada por uma alocação de 5.250 unidades dentárias distribuídas em 111 Clínicas estomatológicas, 312 Departamentos em Policlinicas, 18 Serviços em Hospitais ; 737 outros serviços isolados, 41 serviços de cirurgia maxilofacial, 331 laboratórios de prótese, em que 16.852 estomatologistas trabalham para uma taxa de 667 habitantes por estomatologistas; 4.590 técnicos de cuidados odontológicos e prótese. A inscrição na carreira de estomatologia é de 8.289, formadas em 4 Faculdades de Estomatologia e 11 departamentos de estomatologia em faculdades de ciências médicas, dando cobertura a todos os países.

As principais especialidades estomatológicas são a Estomatologia Geral Integral, Próteses, Ortodontia, Periodontia e Cirurgia Maxilofacial, além das básicas comuns com o resto das disciplinas das ciências médicas.

A cobertura alcançada é nacional, para qualquer pessoa e em qualquer lugar que reside, totalmente gratuita, crescendo no ano de 2016 para 29.213.718, para uma média de 2.6 consultas por habitante.

Situação da saúde bucal

É importante ressaltar que em nosso país há mais de três décadas, realizaram-se diferentes ações com o objetivo de promover o desenvolvimento social, com base na equidade e no direito de todas as pessoas para a saúde e o bem-estar, que hoje constituem potencial para o desenvolvimento da saúde e prevenção de doenças.

A aplicação de uma estratégia preventiva baseada no desenvolvimento social e na vontade política com a participação de toda a população é o que permitiu essas conquistas da saúde cubana, embora continuemos a trabalhar e aperfeiçoar nossas estratégias para alcançar metas mais elevadas.



Nosso país realizou estudos epidemiológicos de natureza nacional nos anos 1984, 1989, 1995, 1998, 2005, 2010 e 2017, que nos permitiram conhecer o comportamento do Estado de Saúde das populações, organizando a atenção estomatológica.

Estudos demonstraram que a fluorose dental não é um problema de saúde na população quando é obtida, de acordo com o índice Dean, a classificação normal. 98,2% da população não é afetada, com idade entre 12 e 15 anos, onde são afetados principalmente, não sendo de qualquer forma grave.

Ao analisar os resultados que mostram o estado da dentição, destaca-se que em 2015 a situação de saúde bucal é:

Comportamento progressivo do estado de saúde bucal em Cuba. Cuba 2015.

METAS	Ano 1984	Ano 1989	Ano 1995	Ano 1998	Ano 2005	Ano 2010	Ano 2015
% de Crianças de 5 – 6 anos Saudáveis	28.9%	42.9%	43.6%	55%	68%	71%	74%
Índice CPO-D aos12 anos	4.37	2.93	1.86	1.62	1.46	1.38	1.29
% que Conservam todos os dentes aos 18 anos	35.8%	63.9%	67.0%	75.8%	89.9%	91.2%	92.0%
Média de Dentes Perdidos aos 35-44 anos	12.6	11.3	8.9	6.6	5.1	4.6	3.2
Média de Dentes Perdidos aos 65-74 anos	28.4	26.9	27.0	20.6	16.3	16.9	15.1
% de Pessoas sem doença periodontal		54.4	64.9	48.0	67.0	69.8	71.2



Se compararmos esses resultados com os de outros países, vemos que nossa situação é muito favorável e é importante ressaltar que a generalidade dessa informação corresponde a estudos pontuais realizados por determinados pesquisadores em grupos populacionais e não em estudos nacionais como os realizados em nosso país.

Analisando a evolução do estado de saúde em Cuba desde 1984 até o momento observamos que houve um aumento na porcentagem de pacientes saudáveis com idade de 5 anos para 74%, o que nos coloca em uma posição muito favorável em relação aos estudos feito em outros países.

A realização deste objetivo só foi possível com a implementação de ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças por mais de 40 anos. Desde 1969, a aplicação de verniz de fluoreto foi iniciada em crianças de 2 a 5 anos de idade em Espaços Infantis e em suas próprias casas. Da mesma forma, eles começaram a realizar atividades educacionais com a população para criar hábitos corretos de higiene bucal e aumentar seus conhecimentos. Paralelamente, os planos de estudo foram se modificando, enfatizando a Promoção da Saúde e na integralidade das ações, treinamento os profissionais e técnicos em técnicas educativas e afetivas - participativas que possibilitaram o trabalho com a população.

Trabalhamos na integração com outros setores, principalmente educação, treinamento os professores e educadores e líderes formais e informais das Comunidades nos temas de interesse deles e do subsistema de atenção estomatológica, de acordo com a problemática de cada território.

Outro aspecto notável é a diminuição do Índice de Dentes Cariados, Obturados e Perdidos, de 4,37 a 1,20 de 1984 a 2015. Isso só é possível de ser alcançado se desde ao nascimento da criança se comecem as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, e como mencionamos anteriormente, isso é o que o nosso Ministério tem feito desde 1969, quando começou a realizar enxaguatórios de flúor 0.2% a cada duas semanas para todas as crianças com mais de 5 anos de idade nas escolas primárias, que se estenderam posteriormente ao ensino secundário e pré-universitário.

Também destaca a porcentagem de população de 18 anos de idade que consegue manter todos os dentes na boca, e isso aumentou de 1984 (35,8%) para 2015 (92,0%) e para o qual não só é necessário executar todas as ações anteriormente afirmadas, mas também requer toda uma infra-estrutura que garanta tratamentos curativos, para evitar a extração dentária.



Para manter e melhorar esses indicadores, desde 2005, como parte das projeções para 2015, foram estabelecidas diretrizes e estratégias, atualizadas a cada cinco anos de acordo com o estado de saúde bucal determinado nos estudos nacionais realizados. Elas são:

1. Disseminação na população da importância da saúde bucal e como mantê-la.
2. Reforçar a Prevenção, principalmente a fluoretação do sal de consumo, a realização sistemática de enxaguatórios bucais e aplicações de verniz fluoretado, a disponibilidade de escovas nas escolas e a detecção precoce de hábitos inadequados.
3. Reforço dos conteúdos sobre Promoção da Saúde Bucal nas carreiras de Ciências Médicas.
4. Manter e aumentar a estabilidade dos produtos dentários.
5. Reabilitação de serviços estomatológicos, melhorando da cobertura e acessibilidade aos serviços.
6. Desenvolver ações de diagnóstico precoce de câncer bucal através de triagem ativa, melhorando a qualidade do exame e diagnóstico e analisar mensalmente as mortes devido a esta causa nos serviços de estomatologia.

Da mesma forma, se atualizam os documentos normativos metodológicos, como o Programa Nacional de Atendimento Estomatológico Integral para a População.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Constitución de la República. Gaceta Oficial. Diciembre de 2010. MINJUS, Ministerio de Justicia.
2. Ley 41. Ley de Salud Pública. 13 de Julio de 1983.
3. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la salud pública en Cuba para el año 2015. La Habana. Cuba, 2005
4. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de Salud 2016. ISSN versión impresa 1561-4425. República de Cuba. La Habana, 2017.
5. Ministerio de Salud Pública. Objetivos del Milenio. Informe de trabajo sobre el cumplimiento. 2014.
6. Sosa Rosales, M. Consideraciones sobre la estomatología y la situación del estado de salud bucal en cuba. 2015. INFOMED. www.saludbucal.sld.cu.php/hih.
7. Sosa Rosales, M y colectivo de autores. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. DAMPSA. ISBN: 978 959 212 6367. 2013
8. Colectivo autores. Estomatología General Integral. Editorial de Ciencias Médicas. ISBN978-959-212-826-2.2014
9. Sosa Rosales, Maritza de la Caridad, García Melián, Maricel, Gómez, Asela et al. Factibilidad del Programa de Fluoruración de la Sal de Consumo Humano en Cuba. Rev Cubana Salud Pública, Mar 2004, vol.30, no.1, p.0-0. ISSN 0864-3466



Equador



Autores: Angélica Narváez Chávez, Alba Narcisa Coloma.

SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE NO EQUADOR

A Constituição do Equador de 2008 é o marco legal pelo qual o Estado garante a saúde como um direito (artigo 32), enfatizando a gratuidade e a universalidade dos serviços estatais (artigos 362 e 363)¹. Com base no artigo 358 que corresponde ao campo da saúde, detalha finalidade, princípios, conformação e objetivos do Sistema Nacional de Saúde, que se baseia na Atenção Primária à Saúde (APS-R) e os princípios do Sistema Nacional de Inclusão e Equidade Social: universalidade, igualdade, equidade, progressividade, interculturalidade, solidariedade e não discriminação^{1, 2}.

A Constituição no Artigo 95 determina a participação social como um direito, sendo o quinto poder do Estado para o controle de entidades e órgãos do setor público. Esta função é da responsabilidade do Conselho de Participação Cidadã e Controle Social (CPCCS), com seus deveres e atribuições (artigo 208) sobre supervisão dos cidadãos, promoção da responsabilidade por instituições públicas e outros assuntos de participação e controle social.

O Equador é um país que é governado de forma descentralizada, e existem três níveis de governos autônomos descentralizados: paróquias rurais, municipais e provinciais. As competências em saúde são distribuídas em diferentes níveis :

Quadro 1: Competências de saúde dos níveis de governo, Equador.

Nível de Governo	Competência
Nível Central	Definição de Políticas
Governos Municipais	Planejamento, construção e manutenção de infra-estrutura física e equipamentos de saúde
Distritos Metropolitanos Autônomos	Planejamento, construção e manutenção de infra-estrutura física e equipamentos de saúde





O Ministério da Saúde Pública (MSP) como a Autoridade Sanitária Nacional é responsável pelo gerenciamento de políticas de saúde controlar todas as instituições do setor da saúde com base nas disposições da Lei Orgânica de Saúde³. O Sistema atual é de tipo misto, composto pelos setores público e privado; o público liderado pelo MSP, além dos Institutos de Segurança Social (IESS), das Forças Armadas (ISSFA) e da Polícia (ISPOL); e no contexto privado constam instituições com fins lucrativos (seguros privados, clínicas, hospitais e consultórios) e organizações sem fins lucrativos (ONGs, organizações da sociedade civil ou associações). Como resultado, o financiamento do Sistema é composto por três subsistemas: Subsistema Tributário Base (para serviços MSP); Sistema público de segurança social (IESS, ISSFA, ISPOL); e Subsistema Privado (seguro privado e pagamentos de próprio bolso)².

O MSP desenvolveu o Modelo de Atenção Integral de Saúde (MAIS), um conjunto de estratégias, regras, procedimentos, ferramentas e recursos para organizar o Sistema Nacional de Saúde. O MAIS tem como objetivo integrar e consolidar a estratégia de Atenção Primária à Saúde (APS-R) para oferecer atendimento integral e de qualidade aos cidadãos através da reorientação de serviços para a promoção da saúde e prevenção de doenças; fortalecendo os processos de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos; complementado por participação comunitária e intersetorial ^{4, 5}.

POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL

Diante a necessidade de bem-estar biopsicossocial do ser humano, devido à estreita relação entre o estado de saúde bucal e a saúde integral; A Área de Saúde Bucal do MSP desenvolveu o Plano Nacional de Saúde Bucal e as Normas e Protocolos de Atenção de Saúde Bucal para o nível primário para garantir o direito a cuidados bucais saudáveis eficientes e de qualidade, bem como o desenvolvimento de promoção, educação, prevenção, diagnóstico e tratamento das principais patologias da cavidade bucal ⁶.

O Plano Nacional é implementado em dois eixos: a Programação, Normatização e Avaliação de ações odontológicas; e o desenvolvimento de serviços com base nos níveis de atenção. O Plano tem como prioridade a Promoção e Prevenção, para manter um equilíbrio com a Cura e Restauração; além de se relacionar com programas de cuidados médicos e programas de atenção, estabelecendo colaboração entre indivíduos, profissionais de saúde e sociedade. O Plano baseia-se nos princípios de: Integralidade do Cuidado, Intersetorialidade, Acessibilidade, Equidade, Direito à Saúde Bucal, Continuidade no Cuidado, Qualidade, Simplificação de Técnicas e Cordialidade⁶.



Atividades do Plano Nacional de Saúde Bucal são:

- ✓ **Normatização**
 - ✓ Desenvolver planos estratégicos, padrões, protocolos, padrões de certificação de talentos humanos, manuais de biossegurança.
 - ✓ Gestão do sistema de informação estatística para a tomada de decisão: história clínica única, relatório diário e mensal, CAP (Conhecimento, Atitudes, Práticas).
- ✓ **Recursos Humanos**
 - ✓ O dentista, como parte da Equipe Básica de Atenção de Saúde (EBAS), deve desenvolver um trabalho integrado com os outros profissionais de saúde.
 - ✓ A equipe odontológica exerce sua responsabilidade de acordo com o nível a que pertencem: Responsável nacional, responsável provincial, Coordenador de área, Chefe de serviço, Odontólogo, Odontólogo EBAS, Odontólogo rural, Assistente de Odontologia.
- ✓ **Capacitação**
 - ✓ Capacitação, treinamento e educação continuada do pessoal odontológico é realizada em coordenação com as universidades. Possui participação interinstitucional para desenvolver redes curriculares em nível de graduação e pós-graduação de acordo com a realidade nacional.
 - ✓ O recurso humano é fortalecido através de programas de atualização.
- ✓ **Vigilância epidemiológica**
 - ✓ Promover pesquisas sócio-epidemiológicas para identificar grupos de risco e definir prioridades.
 - ✓ Monitorar e avaliar programas preventivos e cuidados odontológicos em serviços de saúde.
- ✓ **Avaliação**
 - ✓ O serviço odontológico é avaliado tanto em seus resultados como em seu processo através de vários indicadores que permitem a análise e interpretação de dados para posterior tomada de decisão. Os indicadores são epidemiológicos e de qualidade (estrutura, processo e percepção de usuários).

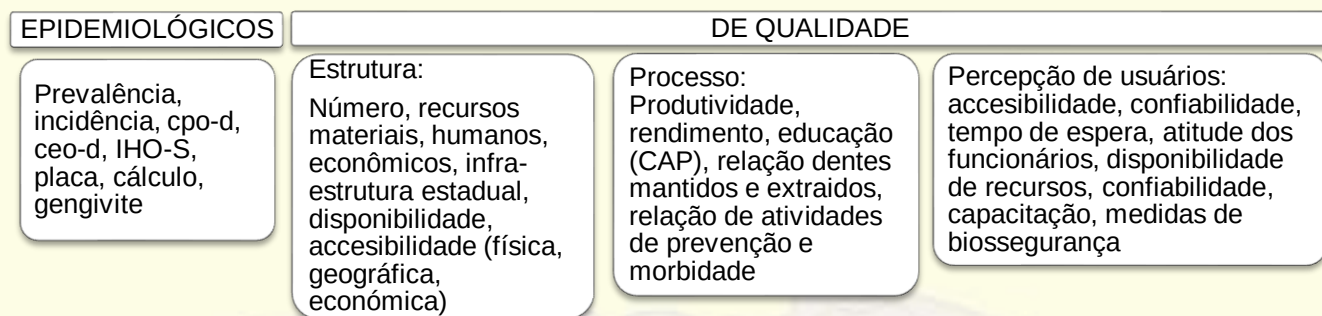


Gráfico 1: Tipos de indicadores para avaliação. Elaborado por: Observatorio sede Equador.

Credenciamento da carreira de Odontologia e habilitação profissional:

O Conselho de Avaliação, Credenciamento e Garantia de Qualidade do Ensino Superior (CEAACES) é o órgão que regula os processos de credenciamento da carreira de Odontologia nos institutos de Ensino Superior; e em coordenação com a Secretária do Ensino Superior, Ciência, Tecnologia e Inovação (SENESCYT), estabelece o exame obrigatório de qualificação profissional para estudantes que estão terminando o curso com o objetivo de garantir a qualidade dos profissionais de saúde, com base nas disposições da Lei sobre Educação Superior ^{7, 8}. O artigo 197 da Lei Orgânica da Saúde determina que os profissionais de saúde devem realizar um ano de prática remunerada em paróquias urbanas rurais ou marginais para a qualificação de prática profissional e seu registro no final do mesmo, concedendo-lhes a certificação que os habilita como tal ^{3, 9}.

Protocolos odontológicos:

O MSP desenvolveu textos de protocolos de cuidados odontológicos para o primeiro, segundo e terceiro níveis; de acordo com a especialidade; e protocolos de promoção (educação) e prevenção de acordo com as faixas etárias e os riscos. Este texto detalha a identificação de patologias de acordo com o código CIE-10; procedimento e critérios para o diagnóstico; plano de tratamento; critérios de alta e período de controle. Há também um guia para preencher o formulário 033, que é o história clínica odontológica ¹⁰. Ao ser a cárie dentária a doença bucal de maior prevalência; atenção a mulher gestante é uma prioridade; promoção de saúde da APS-R; Cada um dos aspecto tem seu manual para o dentista ¹¹⁻¹³.

Programa de Fluoretação de Sal para consumo humano:

O decreto executivo que data de 1974 e modificado pela última vez em 2010, estabelece a Lei de Iodização e o Programa de Fluoretação de sal para consumo humano direto; os quais são executados pelo MSP com base no padrão NTE INEN 57. O sal de iodo é adicionado íon fluoreto sob a forma de fluoreto de sódio (NaF) ou potássio (KF) de acordo com o método de produção (seco ou úmido), adquirindo o nome do sal iodado fluoretado ^{14, 15}.

A quantidade de fluoreto a ser adicionado varia entre 200 a 250 ppm e pode ser modificada pelo MSP com base em levantamentos nutricionais ou estudos epidemiológicos de saúde bucal relacionados à dosagem de flúor. O sal iodado fluoretado não deve ser comercializado e consumido em locais onde o nível de flúor na água potável seja superior a 0,7 mg / l ^{14,15}.

Provin- cia	Região	Paróquias	Flúor na água min- max (mg/l)
Cotopa- xi	Latacun- ga	Latacunga (Matriz), Latacunga (San Martín), Latacunga (San Silvestre), Tanicuchi, Alaquez (Puente de Alaquez), Guaytacama, José Guan- go Bajo, Poalo	0,87-1,72
	Saquisilí	Saquisilí	0,95
	Salcedo	Rumipamba de las Rosas, Panza- leo, Salcedo	1,01-2,98
Tungu- rahua	Ambato	Ambato, Picaigua, Totoras, Una- muncho, Martínez, Izamba, Atahualpa	0,82-3,11
	Pelileo	Salasaca, Pelileo, El Rosario, García Moreno	2,26-2,43
	Quero	Quero	1,02
Chimbo- razo	Riobam- ba	Riobamba, Punín, Cubijés, Licto, Licán, San Luis, Pungalá	0,77-1,85
	Guano	Guano, San Gerardo, San Andrés	1,17-1,53
	Guamote	Palmira, Guamote	1,85-2,10
	Alausí	Tixán, Alausí	0,72-0,92
	Penipe	Penipe	0,72

Quadro 2: Localidades do Equador com níveis de flúor na água maiores de 7 mg/l
Fonte: Estudo da concentração natural de flúor em água para consumo humano no Equador. M.S.P. Dezembro de 2003.



Referências:

1. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. Quito, 2008
2. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Río de Janeiro: ISAGS; 2012.
3. Ley Orgánica de Salud, Ley 67, Registro Oficial Suplemento 423 (24 de enero de 2012).
4. Ministerio de Salud Pública (EC). Manual del Modelo de Atención Integral en Salud - MAIS. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2013.
5. Ministerio de Salud Pública (EC). Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Red Pública Integral de Salud. Quito: Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, MSP; 2014.
6. Ministerio de Salud Pública (EC). Plan Nacional de Salud Bucal. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2009.
7. Ley Orgánica de Educación Superior, Ley 0, Registro Oficial Suplemento 298 (12 de octubre de 2010).
8. Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (EC). Guía para los convocados. Examen de habilitación para el ejercicio profesional. Carrera de Odontología: Unidad de Comunicación CEAACES; 2016.
9. Norma Para El Cumplimiento Del Año De Salud Rural De Servicio Social, Acuerdo Ministerial 5307, Registro Oficial 626 (12 de noviembre de 2015).
10. Ministerio de Salud Pública (EC). Protocolos Odontológicos. 1ra ed. Quito: Programa Nacional de Genética y Dirección Nacional de Normatización; 2014.
11. Ministerio de Salud Pública (EC). Manual de Educación Para Salud Bucal para Maestros y Promotores. Quito: Ministerio de Salud Pública, Normatización del Sistema Nacional de Salud; 2010.
12. Ministerio de Salud Pública (EC). Caries. Guía Práctica Clínica. 1era ed. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015.
13. Ministerio de Salud Pública (EC). Tratamiento Odontológico en Embarazadas. Guía de Práctica Clínica. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización; 2015.
14. Reglamento de la ley de yodización de la sal para consumo humano, Decreto Ejecutivo 4013, Registro Oficial 998 (19 de abril de 2010).
15. NTE INEN 57, Sal para consumo humano. Requisitos, Resolución No. 15056, Registro Oficial No. 451 (4 de marzo de 2015).



Haiti



Autor: Jean-Raymond Ernst Joseph.

SITUAÇÃO DA SAÚDE BUCO DENTAL NO HAITI

CONTEXTO

O Haiti está localizado no Caribe e faz parte das Grandes Antilhas; um país montanhoso que compartilha a ilha da Hispaniola com a República Dominicana. Dividido em 10 departamentos geográficos, sua superfície territorial é de 27.700 km² e sua população é próxima de 12.000.000 de habitantes. Com uma população principalmente jovem com mais de 55% com idade abaixo de 24 anos, e com uma população rural de quase 60%. Existem duas línguas oficiais, francês e a língua crioula.

Com muitas desigualdades sociais e altas taxas de desemprego, mais de 50% da população vive abaixo da pobreza extrema, além disso, o país vive uma situação política muito instável por quatro décadas, o que não contribui para a melhora da situação econômica. A situação sanitária no Haiti é, portanto, bastante precária e o sistema de saúde enfrenta outros grandes problemas, tais como: uma rede hospitalar sobre a qual o Ministério da Saúde não tem controle, com o número de médicos insuficiente: 1,8 para 10 mil habitantes e essa escassez também é encontrada na odontologia e enfermagem.

Nos últimos anos, diferentes crises humanitárias atingiram o país, como o terremoto de janeiro de 2010, que teve como consequências 200 mil mortos e mais de 300 mil feridos, deixando muitos destes feridos incapacitados. Em outubro do mesmo ano, manifesta-se uma epidemia de cólera; que teve como desencadantes os soldados da Minustah, deixando inúmeras vítimas, que mesmo erradicada e com seu pesado balanço contribuiu para distrair a atenção dos responsáveis de saúde, especialmente para os problemas de saúde buco dental.

Um mês depois, em novembro de 2010, o ciclone Thomas fez muitos danos e prejuízos no país, seguido de outros nos anos seguintes. Mais recentemente, em outubro de 2016, o ciclone Matthew, o mais violento desde 1954, devastou diferentes regiões do país causando inúmeras perdas humanas e econômicas. Esta sucessão de desastres enfraqueceu ainda mais um sistema de Estado já frágil.





Sistema de saúde do Haiti:

A insegurança do sistema de saúde haitiano está em diferentes níveis. É um sistema muito fragmentado, composto por prestadores de serviços com fins lucrativos ou sem fins lucrativos e uma infraestrutura antiga e deficiente, com um sistema de informação não estruturado, e que não parece ser uma prioridade para os legisladores. Quase 50% da população tem dificuldade em acessar cuidados médicos e medicamentos que são muito caros, apesar da venda de medicamentos essenciais se dar através de uma instituição chamada PROMESS.

Após o terremoto, o Haiti foi incluído nos cinco países que receberiam ajuda prioritária da cooperação internacional sob a coordenação do Ministério da Saúde. É por isso que as Nações Unidas designaram o " Global health Cluster " como a autoridade de coordenação provisória e a Pan American Health Organization como parceira para trabalhar com o governo haitiano. Bem, todos conhecemos os escândalos que surgiram na gestão da ajuda, e que nosso sistema de saúde continua frágil.

Saúde bucal no Haiti:

A boca é considerada como a porta de entrada do organismo deveria representar uma prioridade para o nosso governo, mas a realidade é diferente. Os líderes governamentais pensam em odontologia somente quando têm um problema de saúde dentária. Os serviços odontológicos são caros e, muitas vezes, nem os programas estatais de saúde, e as instituições de ajuda, os levam em consideração. Embora a Organização Mundial de Saúde (OMS) considere a cárie como o 4º problema de saúde no mundo, suas políticas não refletem essa realidade. No entanto, as doenças bucais, quando não tratadas, podem agravar condições sistêmicas como diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e outros.

Apesar da sua reconhecida importância para o bem-estar da população e seu impacto na produtividade, quase nunca é tomado como prioridade. Como prova disto, temos o espaço reduzido que é dado em programas nacionais de saúde, sua falta de regulamentação, a pouca cobertura de cuidados dentários pelas companhias de seguros. O número de clínicas dentárias públicas e privadas filantrópicas é de cerca de 80 para as 133 comunas.

Este setor apresenta inúmeras fraquezas: falta de estrutura do governo central, ausência de ordem profissional, associação profissional que quase não funciona, quadro jurídico antigo e arcaico, e a ausência de um programa nacional de saúde bucal em ação.



Além disso, o setor de saúde bucal não possui recursos humanos suficientes. A relação dentista / habitante é de 0,34 dentista por 10 mil habitantes. O motivo é que a principal universidade que forma os dentistas na Universidade Estadual, não possui muita capacidade. Anteriormente, apenas 20 alunos entravam para se graduar mais ou menos 15, cerca de 3 ou 4 anos aumentou a capacidade para 30 alunos. Este é um problema muito sério, quando estes alunos chegam na prática clínica em relação ao nome dos usuários. O equipamento utilizado intensivamente e mal conservado por falta de recursos, se decompõem facilmente. O Estado não se preocupa muito com esses problemas. Os salários no sistema público não são atraentes, e abrir sua própria clínica não é fácil, embora agora seja mais fácil obter créditos de bancos do que antes em seus programas de empréstimos a consumidores eram para pequenas e médias empresas.

A associação dentária haitiana declarou em 2010 uma série de 338 dentistas que atuam no território nacional. Naquele tempo, o departamento de Oeste, onde a capital de Puerto Príncipe está localizada, contou 253; 65% trabalhavam no setor privado liberal, 23% no setor público, 9% no setor associativo privado, 25% filantrópico. É claro que hoje em dia há mais dentistas.

Nota-se que muitos jovens que foram estudar no exterior voltaram a trabalhar aqui. Eles têm a obrigação de fazer a homologação e obter a equivalência de seus diplomas para trabalhar em uma clínica. Às vezes não o fazem e trabalham irregularmente.

O setor odontológico também é enfraquecido pela falta de recursos intermediários, como higienistas, assistentes, técnicos em próteses dentárias, técnicos biomédicos e eletromedicina. Mais frequentemente, um dentista forma seu próprio assistente. Não há escola para capacitar estes profissionais.

Cuidados especializados

Hoje no Haiti há especialistas trabalham a serviço da população, assim os dentistas generalistas pode fazer referências a casos específicos.

Cuidados ortodônticos: geralmente são muito caros e, portanto, reservados para uma minoria de pessoas que podem enfrentar os custos. Quase 6 a 7 clínicas oferecem este serviço no departamento de Oeste e especialmente na Capital e outro está em Cabo Haitiano, no norte do país. A proximidade com a República Dominicana e custos mais baixos fazem muitas pessoas, às vezes, procurar serviços neste local.

A maioria dos pacientes buscam tratamento ortodôntico por razões estéticas, no entanto, a conscientização pública em relação às desarmonias dentomaxilares devido ao crescimento excessivo e suas relações com questões posturais, perda prematura de dentes, más hábitos bucais etc. ou, por exemplo, a falta de crescimento relacionado a distúrbios respiratórios ou em relação à desnutrição crônica, não são adequadamente abordados. Estudos estão em desenvolvimento para estabelecer formalmente a prevalência desses problemas no Haiti.



As intervenções cirúrgicas na área de cirurgia oral e maxilofacial estão aumentando hoje, principalmente devido ao aumento das lesões buco-faciais devido a traumatismos causados por veículos conduzidos irresponsavelmente, o aumento de pessoas que circulam nas ruas e rodovias, o transporte público por táxi de moto, entre outras causas. Os dentistas no Haiti devido à falta de especialistas são levados a intervir em todos os campos da odontologia, tais como endodontia, periodontia, prótese dentária, além da odontologia conservadora que é praticada diariamente.

Sistema de informação:

Não há indicadores de referência para saúde buco dentária em nosso Sistema de Informação. Os indicadores utilizados são principalmente relacionados à produção de serviços. Será necessário, por essa razão, institucionalizar um sistema de vigilância epidemiológica dentro da SBD com o objetivo de integrar seus resultados no sistema de informação de saúde.

Conclusão:

Apesar da situação alarmante do setor odontológico no Haiti, a estruturação do sistema de saúde geral, com consciência dos líderes, seria suficiente para orientar a boa gestão dos serviços de saúde bucal.

A orientação política para alcançar os objetivos deve ser focada em 4 pontos estratégicos.

- ✓ Reforço organizacional do setor buco dental
- ✓ Desenvolvimento de recursos humanos
- ✓ Ações de promoção e prevenção de saúde bucal
- ✓ Extensão e reforço dos serviços buco dentais.

Esses 4 pontos foram estabelecidos em um documento de política de saúde bucal elaborado pelo Ministério da Saúde Pública, mas ainda está aguardando a validação. A implementação deste projeto permitirá fortalecer significativamente o setor e uma extensão na oferta de serviços em mais de 80% das comunas do país antes do final do ano 2020.

Referências:

- 1- Psoter WJ, Saint Jean HL, Morse DE, Prophte SE, Joseph JR, Katz RV. Dental caries in twelve- and fifteen-year-olds: results from the basic oral health survey in Haiti. J PublicHealth Dent. 2005 Fall;65(4):209-14.
- 2- Estupiñán-Day S, Cohen LK. Oral health of Haiti (OHOH): a year late. Compend Contin Educ Dent. 2011 Mar;32(2): 10-2.
- 3- Estupiñán-Day S, Lafontant C, Acuña MC. Integrating oral health into Haiti's National Health Plan: from disaster relief to sustainable development. Rev Panam Salud Publica. 2011 Nov;30(5):484-9.



México



Autores: Heriberto Vera Hermosillo, Olivia Menchaca Vidal.

INTRODUÇÃO

"Setenta anos depois do lançamento das bases do Sistema Nacional de Saúde, importantes realizações foram feitas em saúde. Em 1943, foram criados o Ministério da Saúde e Assistência, atual Ministério da Saúde e o Instituto Mexicano de Segurança Social (IMSS). Ao longo destas décadas, instituições como o Instituto de Segurança e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado (ISSSTE), os Serviços Estatais de Saúde, os Serviços Médicos da PEMEX, a Defesa Nacional, a Marinha e o Sistema Nacional DIF. Além disso, graças às políticas intersectoriais, foram abordados os determinantes sociais da saúde, que contribuíram para melhorar a saúde da população mexicana.

No entanto, o Sistema Nacional de Saúde enfrenta desafios importantes, as mudanças produzidas no perfil demográfico originaram um processo de envelhecimento da população mexicana. Esta situação é paralela à adoção de estilos de vida não saudáveis e de risco, como falta de atividade física, nutrição inadequada, sexo inseguro, consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas, bem como a falta de educação sobre segurança rodoviária e na saúde ocupacional, trazendo desafios impostos pela crescente prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, tumores malignos e aqueles relacionados a lesões por causas externas".

O Programa Setorial de Saúde 2013-2018 é o instrumento através do qual o Governo da República formula as estratégias e ações com as quais se propõe atingir os objetivos que foram estabelecidos para a saúde no Plano Nacional de Desenvolvimento 2013-2018. Como um documento orientador, estabelece seis objetivos e 39 estratégias e 274 linhas de ação são definidas para alcançá-los.

As estratégias ligadas a cada um dos objetivos procuram, em primeiro lugar, consolidar a promoção, a proteção da saúde e a prevenção de doenças, em particular visando reduzir o impacto negativo de comportamentos e hábitos não saudáveis. O segundo objetivo visa melhorar o acesso efetivo aos serviços de saúde com qualidade, através da criação e fortalecimento de redes integradas de serviços, com base em um modelo de atenção primária padronizado e resolutivo.





A proteção financeira concedida pelo seguro público hoje deve se traduzir em melhores resultados de saúde. Em terceiro lugar, a regulação, o controle e a promoção da saúde serão fortalecidos para reduzir os riscos que afetam a saúde da população em qualquer atividade de sua vida; com uma ênfase renovada para aqueles que reduzem a produtividade. Em quarto lugar, para reduzir as lacunas ainda existentes nas condições de saúde entre diferentes grupos populacionais, as estratégias ligadas a este objetivo devem consolidar o controle de doenças crônicas, abordar sistematicamente a mortalidade infantil e materna, bem como estabelecer ações mais eficazes para servir grupos que vivem em condições de vulnerabilidade. Para tornar esta atenção mais eficaz, é necessária a participação coordenada dos diferentes setores e de todos os níveis de governo. As políticas intersetoriais, como a Cruzada Nacional Contra a Fome e a Estratégia Nacional de Prevenção e Controle de Sobrepeso, Obesidade e Diabetes, são elementos fundamentais nesse objetivo.

Em quinto lugar, são estabelecidas estratégias para otimizar a geração e uso de recursos de saúde com o objetivo de melhorar o desempenho do setor de saúde e a qualidade dos serviços, utilizando esquemas de planejamento setorial e avaliação de desempenho; estratégias que promovam a inovação e a pesquisa científica; para simplificar os regulamentos e procedimentos governamentais, e para fortalecer a prestação de contas de forma clara e oportuna aos cidadãos. Finalmente, para proporcionar cuidados de qualidade integral, técnica e interpessoal, independentemente do sexo, idade, local de residência, situação econômica ou condição de trabalho, as estratégias são delineadas para transformar o Sistema Nacional de Saúde para que toda a população mexicana seja protegida por um regime de seguro público contínuo e uma operação integrada e coordenada entre as diferentes instituições de saúde.

PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL

O Centro Nacional de Programas Preventivos e Controle de Doenças (CENAPRECE), um órgão descentralizado do Ministério da Saúde, responsável por regular e normatizar o funcionamento dos programas de prevenção e proteção à saúde para reduzir seus riscos e proporcionar à população atendimento de qualidade e equidade, tem suas funções, a tarefa de salvaguardar a saúde bucal da população mexicana, através do Programa Nacional de Saúde Bucal.

As doenças da cavidade bucal são, em geral, um problema complexo na Saúde Pública, que exige uma abordagem multisetorial, multidisciplinar, sustentável e abrangente. O Programa de Ação Específica de Prevenção, Detecção e Controle dos Problemas de Saúde Bucal 2013-2018, reconhece a importância do trabalho conjunto dos setores, público, social e privado, promovendo alianças nos três níveis de governo para melhorar a saúde bucal.



A missão do Programa é conservar a saúde e reduzir a morbidade de doenças bucais na população mexicana, estabelecendo ações específicas para promoção, prevenção, limitação de danos e reabilitação, aplicando para isto, padrões de qualidade, equidade e tratamento digno, através de modelos baseados em evidências e otimização de recursos, enfatizando a saúde bucal como parte da saúde integral do indivíduo e da comunidade. A visão é: ser um programa líder, influente e integrante no Sistema Nacional de Saúde, que garanta a saúde bucal no México, com base em uma cultura de prevenção com ênfase em grupos vulneráveis, contribuindo para uma melhor qualidade de vida. Seu objetivo geral é promover, proteger e restaurar a saúde bucal da população mexicana, como parte da saúde integral do indivíduo, sendo condição necessária para sua participação no processo de transformação social no território nacional e para reduzir a carga de doenças para o ano de 2018.

Existem também seis objetivos específicos: O primeiro promove a universalização dos serviços de saúde, padronizando critérios e desenvolvendo novos modelos de atenção, preventivos e curativos.

O segundo objetivo considera as ações de prevenção e promoção à saúde bucal, tanto intramuros (em unidades de aplicação) quanto extramuros (nas escolas, creches, lares de idosos, etc.).

O terceiro objetivo contempla o fornecimento de serviços de assistência curativa com ética, qualidade, equidade, oportunidade e custo-benefício, com capacidade resolutiva e atenção especial aos grupos vulneráveis.

O objetivo número quatro refere-se à implementação e atualização do marco regulatório, bem como ao fortalecimento da pesquisa, treinamento técnico e gerencial do pessoal de saúde bucal.

O quinto trata de processos administrativos, como a supervisão e avaliação dos componentes do programa, e conselhos sobre as estratégias para a sua aplicação correta e, o sexto e último objetivo estabelece os critérios técnicos para a programação dos recursos orçamentários atribuídos à saúde bucal.

A falta de um sistema permanente de prevenção e promoção da saúde bucal nos cuidados dentários institucionais determinou que isso tenha sido orientado, em maior ou menor grau, à solução de emergências dentárias, com a consequente extirpação de órgãos dentários (extrações) e limitação do dano das lesões cariosas por meio de procedimentos restauradores (restaurações), que gerou um círculo vicioso devido à recorrência desses problemas até a perda parcial ou total dos órgãos dentários, com o incontestável envolvimento das funções essenciais da cavidade oral e suas implicações sistêmicas.



Devido ao exposto, nos últimos anos, as atividades de prevenção e promoção da saúde bucal foram fortalecidas, de modo que algumas das linhas de ação do número objetivo 2 serão brevemente descritas.

Fluoração do Sal de Mesa – É uma estratégia de prevenção maciça contra a cárie dentária que permitiu, nas últimas décadas, reduzir a prevalência e gravidade da cárie dentária no México. No entanto, a possibilidade de o México conseguir um grande avanço na redução da cárie dentária e das doenças periodontais dependerá, no futuro, da possibilidade de ampliar as medidas de autocuidado da saúde, como, principalmente, a melhoria de hábitos alimentares e higiênicos, ambas as situações determinadas pelas condições socioeconômicas da população.

Semanas Nacionais de Saúde Bucal – São o resultado de um trabalho conjunto dos setores, público, social e privado, promovendo alianças federais, estaduais, municipais e locais, que permitem intensificar as ações de prevenção e promoção duas vezes por ano, direcionadas à população em geral, a fim de melhorar a saúde bucal da população.

Esquema Básico de Prevenção – É a aplicação de atividades educativas preventivas a todos os pacientes que buscam o serviço de estomatologia do primeiro nível de atendimento e de acordo com a faixa etária de acordo com as Listas Nacionais de Saúde, com ênfase nas mulheres em idade reprodutiva e durante a gravidez e crianças com menos de três anos de idade.

Saúde Oral Pré-Escolar e Escolar – Promove cobertura expandida de promoção e prevenção da saúde bucal nas escolas, bem como o estabelecimento de um programa escalonado que reduz atraso no atendimento odontológico para crianças e adolescentes.

Saúde Bucal e Fatores de Risco (SOFAR) – O que promove formação e capacitação dos profissionais de saúde (médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, etc.) em relação às questões de saúde bucal; visando reduzir os fatores de risco comuns através da promoção da higiene oral, dieta e hábitos saudáveis; bem como o controle e manejo de doenças bucais através de métodos de prevenção (verniz de fluoreto); reconhecimento, assistência básica e referência.



SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA PATOLOGIAS BUCAIS

A prevenção e controle de doenças bucais é complexa e exigiu a implementação de um sistema de vigilância epidemiológica na matéria, de modo que, por 10 anos, o Sistema de Vigilância Epidemiológica de Patologias Orais (SIVEPAB) fornece uma visão geral de as doenças e doenças bucais dos pacientes que vêm aos Serviços de Saúde.

Este sistema adquire importância na medida em que fornece elementos úteis para o planejamento, programação, organização, integração, controle e direção do Programa Nacional de Saúde Bucal e visa obter critérios confiáveis, oportunos, completos e uniformes em relação ao estado de saúde bucal da população urbana e rural mexicana, para serem utilizados no planejamento, pesquisa e avaliação de programas de prevenção e controle de doenças bucais.

Atualmente, possui 450 unidades de sentinela pertencentes ao Setor de Saúde, onde a informação é coletada diariamente.

A informação fornecida por este Sistema corresponde apenas aos pacientes que visitam as clínicas dos centros de saúde ou unidades médicas do IMSS-Prospera, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, PEMEX, DIF, Serviços de Saúde do Estado pertencentes à Secretaria de Saúde, por isso não é representativo da população mexicana em geral. Como uma grande parte da população que se desloca para esses serviços, procura atendimento odontológico urgente (principalmente quando há dor).

A seguir serão apresentados alguns dos resultados deste Sistema.

SIVEPAB 2015

Población	Nacional
Niños y adolescentes que tienen caries dental respectivamente.	7 cada 10
Enfermedad periodontal en niños y adolescentes.	2 cada 10
Niños de 3 a 5 años presentan caries severa, lo que incrementa los costos de atención.	35%
Adolescentes de 10 a 14 años de edad tienen un promedio de dientes afectados por caries dental.	3
En la etapa adulta los usuarios tienen caries dental.	93%
Adultos tienen enfermedad periodontal.	6 cada 10
Adultos mayores no tienen una boca funcional que les permita hablar y comer adecuadamente.	3 cada 10
El índice de necesidad de tratamiento (INT) en la población usuaria de los Servicios de Salud es de:	70%



Distribuição de crianças e adolescentes atendidos nos serviços de saúde por faixa etária e sexo. México, SIVEPAB 2015.

EDAD	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
0	31	59.6	21	40.4	52	0.1
1	117	50.0	117	50.0	234	0.2
2	513	51.5	483	48.5	996	1.1
3	1,049	49.2	1,082	50.8	2,131	2.4
4	1,606	50.6	1,566	49.4	3,172	3.6
5	1,928	50.7	1,873	49.3	3,801	4.3
6	2,918	50.8	2,826	49.2	5,744	6.5
7	3,029	51.2	2,887	48.8	5,916	6.7
8	2,891	51.0	2,783	49.0	5,674	6.4
9	2,964	51.8	2,753	48.2	5,717	6.4
10	2,843	50.8	2,754	49.2	5,597	6.3
11	2,853	53.5	2,478	46.5	5,331	6.0
12	2,695	54.8	2,221	45.2	4,916	5.5
13	2,813	56.8	2,136	43.2	4,949	5.6
14	3,053	57.1	2,297	42.9	5,350	6.0
15	3,559	60.1	2,360	39.9	5,919	6.7
16	4,074	64.8	2,212	35.2	6,286	7.1
17	3,942	65.3	2,098	34.7	6,040	6.8
18	3,650	67.7	1,745	32.3	5,395	6.1
19	3,737	67.2	1,823	32.8	5,560	6.2
Total	50,265	56.6	38,515	43.4	88,780	100.0

Distribuição dos pacientes usuários dos serviços de saúde examinados por instituição. México, SIVEPAB 2015.

Institución	SSA	ISSSTE	IMSS-P	SEDENA	SEMAR	DIF	PEMEX	UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA	TOTAL
N	126,993	72,128	32,594	23,086	13,162	7,292	3,704	1,174	280,133
%	45.33	25.75	11.64	8.24	4.70	2.60	1.32	0.42	100.0

Média do índice da cáries em dentição permanente (CPOD) por idade em meninos e meninas e adolescentes de 6 a 19 anos. México. SIVEPAB 2015.

EDAD	N	CARIADOS	PERDIDOS	OBTURADOS	CPOD
6	5,744	0.00	0.00	0.00	0.00
7	5,916	0.52	0.00	0.02	0.54
8	5,674	0.88	0.01	0.05	0.94
9	5,717	1.20	0.01	0.09	1.30
10	5,597	1.43	0.02	0.12	1.56
11	5,331	1.75	0.02	0.20	1.96
12	4,916	2.12	0.03	0.28	2.43
13	4,949	3.20	0.04	0.41	3.64
14	5,350	3.86	0.05	0.54	4.45
15	5,919	4.42	0.14	0.69	5.24
16	6,286	4.78	0.17	0.82	5.77
17	6,040	5.00	0.16	0.95	6.11
18	5,395	5.08	0.18	0.98	6.24
19	5,560	5.30	0.21	1.05	6.56
Total	78,394	2.84	0.08	0.45	3.36

Referências:

Secretaría de Salud. Plan Sectorial de Salud 2013-2018. Diario Oficial de la Federación, 12 de diciembre de 2013.

http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/index/ps_2013_2018.pdf

Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico; Prevención Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal 2013-2018. Programa Sectorial de Salud. Disponible en:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38510/PAE_PrevencionDeteccionControlProblemasSaludBucal2013_2018.pdf

Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB 2015. México, Ciudad de México. Disponible en:

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/212323/SIVEPAB-2015.pdf>



Paraguai



Autores: Concepción Giménez de Chamorro, Cristina Caballero García.

Políticas públicas de saúde dental do Ministério de Saúde Pública e Bem Estar Social do Paraguai.

1. Contexto do Sistema Nacional de Saúde do Paraguai

A República do Paraguai é um país mediterrâneo, bilingue (espanhol-guaraní), situado no centro da América do Sul. Está dividido em 17 departamentos e 18 regiões sanitárias. No ano de 2015, o número de habitantes a nível nacional foi de 6.926.100¹.

O Sistema Nacional de Saúde, estabelecido pela Lei 1032/96², está composto pelos sub-setores público, privado e misto (quadro 1). O Ministério de Saúde Pública e Bem estar Social (MSPBS) desenvolve papel de reitoria^{3,4,5,6}. Desde a década dos anos noventa tem sido orientado para um modelo mais funcional e, desde 2008, tem-se um Sistema de Saúde Baseado em Atenção Primária à Saúde⁴.

Quadro 1. Componentes do Sistema de Saúde do Paraguai.

Pública	Privado
Administração Centralizada MSPBS Saúde Militar Saúde Policial Saúde Armada Administração Descentralizada Hospital de Clínicas Instituto de Previsión Social (IPS) Governos Municipios	Sem fins lucrativos ONG's Cooperativas Com fins lucrativos Medicina Pré-paga Provedores Privados
Misto — Cruz Vermelha Paraguaia	

Fonte: Direção Geral de Planejamento e Avaliação - MSPBS⁵.

Na prática, o Sistema Nacional de Saúde apresenta uma alta segmentação de provedores, falta de articulação entre os subsectores que o compõem, trabalha de forma não coordenada e fragmentada, com diversas modalidades de regulamentação, financiamento, afiliação e provisão^{3,4,5,6}. Todas essas características facilitam as desigualdades sociais em saúde⁶.





No Paraguai, a Constituição de 1992 no artigo 68 que estipula que o Estado deve proteger e promover a saúde como direito fundamental do individuo e comunidade². No entanto, este direito à saúde proclamado na Constituição se contrapõe com os dados sobre o seguro e as despesas de saúde que ocorrem no país.

Segundo a Pesquisa Permanente Domiciliar (Encuesta Permanente Hogares - EPH) realizada em 2015¹, a porcentagem de pessoas não cobertas pelo seguro médico mostrou uma ligeira diminuição com um valor de 70,88% em comparação com 76,1% em 2009, 78,3% em 2005 e 81% em 2004, mas esse número continua sendo muito alto. A falta de cobertura afeta principalmente locais com extrema pobreza, casas com pobres não extremos e famílias onde a língua guarani é predominantemente falada⁷.

A partir de 2001 e com o objetivo de reduzir os obstáculos ao acesso econômico, o Ministério da Saúde Pública iniciou a eliminação progressiva das tarifas cobradas pela prestação de serviços⁸. Nesse contexto, mediante a Resolução Ministerial nº 568/2009, são fornecidas gratuitamente consultas e procedimentos dentários, assumindo o desafio de garantir a prestação de serviços.

2. Antecedentes sobre a situação da saúde oral

No Paraguai a cárie dentária é a doença oral com maior frequência, afetando 98% da população. Através das Pesquisas Nacionais de Saúde Bucal, foi possível identificar alguns dos problemas orais que afetam principalmente a população escolar do país. Embora o delineamento da pesquisa, as amostras e os critérios utilizados nestes estudos não permitam comparações, os resultados indicam que as mudanças em relação à cárie dentária na idade escolar desde a década de 1980 não foram significativas, e mesmo em algumas regiões a situação se deteriorou^{9,10}.

Para ilustrar o que foi dito anteriormente, seguem alguns dados globais e componente disponíveis de índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) que registra o passado e o presente da história de um grupo de indivíduos em relação à cárie dentária¹¹. O **quadro 2** mostra os valores globais de CPOD em crianças de 12 anos em diferentes períodos indicando um alto grau de severidade e pouco avanço na redução da cárie dentária¹⁰.

Quadro 2. Valor global do CPOD em crianças de 12 anos de idade no Paraguai

Ano	1983	1987	1996	1999	2008
CPOD	5.90	4.02	5.08	3.83	2.79

Fonte: MSPBS do Paraguai - Direção de Saúde Bucodental. Pesquisa Nacional Sobre Saúde Bucal Paraguai 2008¹⁰.



O quadro 3 apresenta os dados do ano de 1999, no qual, também tem informações sobre o percentual de crianças de até 12 anos de idade, por nível de CPOD e severidade de cada um dos seus componentes⁹. Separar o índice CPOD em seus componentes serve para nos dar uma idéia parcial sobre o acesso e uso de serviços odontológicos, identificando o trabalho ou atenção recebido (P / perdido, O / obturados) e o necessário (C / cáries)¹¹. Um CPOD onde se predomina o componente de dentes cariados (88%) é um indicativo de um acesso limitado aos tratamentos restauradores⁹.

Quadro 3. Severidade de cáries e porcentagem relativa dos componentes do CPOD em crianças de 12 anos de idade no Paraguai.

Ano	Quant.	CPOD global	Severidade de CPOD (% de crianças por nível de CPOD)				C,P e O como % de CPOD em indivíduos com CPOD ≥0		
			0	1≥CPOD≤3	4≥CPOD≤6	CPOD≥7	C/CPOD	P/CPOD	O/CPOD
1999	348	3.83	18.4	41.4	24.4	15.8	88.0	7.5	4.6

Fonte: Estupiñan S. OPS 2006 ⁹.

A Pesquisa Nacional sobre Saúde Oral do Paraguai 2008¹⁰ aplicada em crianças de 5-6 e 12 anos, e nos adolescentes de 15 anos de idade, relatou que a prevalência da doença apresenta números que ultrapassam as metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Federação Dental Internacional (FDI) para o ano de 2000 de garantir que 50% das crianças de 5-6 anos estivessem livres de cáries¹². Da mesma forma que o índice CPO-D em crianças de 12 anos, ainda são elevados, especialmente quando os dados são examinados por regiões de saúde¹⁰. Alguns dados são especificados abaixo.

Nas crianças com 5-6 anos de idade ceod foi de 3,99 e 5,57, respectivamente, o componente principal, com 96% elemento cariado. A experiência cárie foi de 81% e a presença de cavidades não tratadas de 80%. 26% das crianças apresentaram um ceod entre 1 e 3, 23% entre 4 e 6 e 27% apresentaram um ceod de 7. Apenas 25% da população estudada teve um ceod = 0¹⁰.

Para as idades de 12 e 15 anos, o CPOD foi de 2.79 e de 4.34 respectivamente. A cárie também se apresentou como principal componente em 76%. E 31% da população apresentou um CPOD entre 1 e 3, e 26% entre 4 e 6, e 16% de 7 ou mais. Somente em 21% da população estudada apresentou CPOD=0. A experiência de cáries foi de 78% e a presença de cáries sem tratamento foi de 68%¹⁰.

Os dados apresentados são elevados para todas as idades. Além disso, quando examinado por região existem diferenças nos valores médios encontrados no CPOD que variam de 1,96 na Região I (Concepción), a 4,87 na Região VIII (Misiones). Nesta última 30% tem um CPOD entre 1 e 3 e 27% de 7 ou mais e em relação à dentição decídua 26% das crianças entre 5 e 6 tem um ceod entre 4 a 6 e 33% de 7 ou mais¹⁰.



Outro aspecto que ressalta a necessidade de separar os dados por regiões e de estudar as condições específicas em que vivem cada uma delas é o indicador de urgência de atenção. Em todas as regiões sanitárias em 43% da população do estudo necessita de tratamento de urgência devido à extensas cavidades, dor ou infecção. Nas Regiões VI (Caazapá) e XIII (Amambay), esta necessidade aumentou para 64.4 e 65% respectivamente¹⁰.

As diferenças também são grandes ao comparar as zonas rurais e urbanas. Embora, a média dos dentes com cárie seja maior para a área urbana, o ceod médio e o componente dos dentes perdidos por cáries são muito maiores na área rural. O que se mostra acima está refletido no indicador de urgência que informa que 17,1% das crianças na área urbana não precisam de tratamento em comparação com apenas 5,4% da área rural que está na mesma situação¹⁰.

Com relação ao Índice Periodontal Comunitário (IPC) e as idades de 12 e 15 anos, 39% apresentaram sangramento gengival, e 6.7% apresentou cálculos supra ou subgengival e em 55% tinham tecidos peridontais saudáveis¹⁰. Outro dos índices examinados foi o da fluorose dentária de Dean recomendado pela OMS¹³. Os resultados mostraram um valor de 0.17¹³, bem abaixo do valor de 0,6 poderia constituir um problema de saúde pública¹³.

3. Diagnóstico Situacional dos Programas de Saúde Oral

Em 2009, o Departamento de Saúde Bucal (DSBD) realizou um diagnóstico situacional de programas de saúde bucal e serviços de assistência odontológica a nível nacional, onde foram analisadas as principais barreiras sociais, econômicas e culturais que afetaram a execução de programas. de promoção, cura e reabilitação nessa área.

O diagnóstico mostrou que o programa de saúde bucal foi completamente ignorado e sub avaliado em um nível de menor importância. As barreiras de distância e o fator econômico fizeram com que os paraguaios quase não utilizassem o serviço odontológico e a prevalência de extrações era muito maior do que outros procedimentos dentários. Foram realizadas conversas e uso de enxaguatórios com flúor nas crianças da escola, mas sem controle e com poucos dados confiáveis.

As informações fornecidas pela última Pesquisa Nacional sobre Saúde Bucal do Paraguai 2008¹⁰, juntamente com os dados sobre o diagnóstico situacional e os dados fornecidos pelas 18 regiões de saúde do país e pelo ônibus dentário, motivaram a implementação de políticas públicas em saúde bucal que significou uma profunda mudança estrutural no programa.

Com grande apoio das autoridades nacionais, as estratégias foram concebidas em diferentes áreas, tais como: orçamento, serviços odontológicos gratuitos, concepção de novos programas, gestão de recursos humanos, infra-estruturas, reforço e manutenção de equipamentos, suprimentos, instrumental, pesquisa, concretização de convênios, acordos e outras ações.



4. Políticas Públicas Atuais em Saúde Oral:

A DSBD do MSPBS é uma direção a nível nacional com carater normativo e de prestação de serviços diretamente relacionados a Direção Geral de Serviços e Redes de Saúde. Tem como missão melhorar integralmente a saúde oral da população de todo o território nacional, intervindo nas distintas fases da vida: gestantes, crianças, adolescentes, adultos e idosos.

O objetivo estratégico institucional que guia a DSBD é o de melhorar as condições de saúde oral , através da implementação de programas de promoção de saúde, prevenção de doenças orais, atenção à saúde e reabilitação integral de acordo com as políticas do estado paraguaio.

Para cumprir com estes objetivos, são colocadas diversas linhas de ação, descritas no quadro 4.

Quadro 4. Principais linhas de ação da DSBD – MSPBS.

Principais Linhas de Ação da DSBD	Execução da proposta definida pela DSBD.
	Fortalecer os serviços e infra-estrutura, equipamentos, instrumentos e suprimentos, acompanhados por um serviço de manutenção oportuno.
	Gerenciamento de recursos humanos: treinamento, atualizações permanentes e dignificação do trabalho do dentista, melhorando as condições de trabalho.
	Fortalecer os programas: Salvemos o Primeiro Molar, Paraguai Sorrir, Voltar a Sorrir e Gestação Saudável com Boca Saudável.
	Expandir os serviços de especialidades: endodontia, ortodontia, próteses, pacientes com necessidades especiais, cirurgia maxilofacial e periodontia.
	Alcançar as populações remotas e vulneráveis com clínicas odontológicas móveis.
	Realizar supervisões: em hospitais, centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde familiar que possuem serviços odontológicos.
	Promover trabalho estatístico, treinamento e pesquisa.
	Realizar a fiscalização, habilitação e inspeção dos consultórios, clínicas dentárias privadas, faculdades de odontologia e laboratórios de próteses dentárias.
	Credenciar especialidades dentárias com o Círculo de Dentistas do Paraguai.

Fonte: Memórias da Direção de Saúde Bucodental do MSPBS, 2017¹⁴.

4.1. Programas da Direção de Saúde Oral

Os diversos programas da DSBD do MSPBS são executados com diferentes abordagens e sob a premissa de que as intervenções isoladas não levarão a melhorias substanciais na saúde bucal. Promover a saúde bucal nos lugares onde as pessoas nascem, vivem, estudam e trabalham é, claramente, a maneira mais econômica e sustentável de melhorar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

4.1.1. Salvemos o Primeiro Molar

Objetivo geral: Melhorar através de medidas de promoção, prevenção e atenção odontológica, a saúde dental de crianças matriculadas no programa. O Programa Nacional "Salvemos o Primeiro Molar" implementado desde 2010 está atualmente ocorrendo em 453 escolas públicas das 18 Regiões Sanitárias do Paraguai.



Atinge 54.620 escolares e, por meio deles, funcionários das escolas, suas famílias e suas comunidades. É desenvolvido por 500 profissionais da odontologia e possui componentes curativos, preventivos e de promoção da saúde.¹⁴ Os dados sobre a avaliação deste programa estão disponíveis em :

https://new.paho.org/par/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=387&Itemid=99999

4.1.2. Paraguai Sorrir

No Paraguai, há muitas pessoas desdentadas, esta situação é um fator de discriminação e de pobreza, que podem ser evitados com medidas preventivas e curativas.

Objetivo geral: Proporcionar reabilitação protética dentária que permita aos beneficiários recuperar sua aparência e função de mastigação, bem como o acesso a uma melhor qualidade de vida.



O programa conta com um laboratório central de próteses com 4 protesistas e é desenvolvido pelas clínicas móveis da DSBD chegando a lugares distantes e também aos hospitais Nacional de Itauguá, Barrio Obrero, Santa Rosa del Aguaray, Limpio, Villa Bonita, Villa Elisa, entre outros.

A implementação do programa foi realizada por meio de alianças estratégicas com governos, municípios e faculdades causando um impacto social positivo nas comunidades beneficiárias. O quadro 5 mostra os dados estatísticos do programa para os anos 2011-2017.

Quadro 5. Nº de Próteses período 2011-2017 entregues pela Clínica Móvel no âmbito do programa “Paraguay Sonríe”.

Ano	Nº de Próteses
2011	3.000
2012	2.137
2013	285
2014	404
2015	754
2016	311
2017	1.542
Total	8.433

Fonte: Memórias da Direção de Saúde Bucodental do MSPBS, 2017¹⁴.

4.1.3. Voltar a Sorrir

A fissura de labiopalatina, é uma das malformações congênitas estruturais mais comuns (são aberturas no lábio, palato e tecido mole posterior da cavidade oral). No Paraguai, nascem aproximadamente 300 crianças por ano com estas malformações.



O programa “Voltar a Sorrir” foi criado para fornecer uma resposta abrangente à elevada necessidade não atendida de pacientes afetados por tais alterações faciais, que podiam apenas recorrer as instituições de caridade nacionais ou internacionais para o acesso ao tratamento. Para isso, ele estabeleceu os seguintes objetivos:

Objetivos Gerais:

- ✓ Melhorar a qualidade de vida das crianças afetadas por essas malformações, através do serviço instalado para o tratamento de anomalias congênitas labial-palatais.
- ✓ Instalar um Centro de Referência Nacional para a atenção à pacientes com fissuras labiopalatinas como um programa permanente.

Desde o início do programa em Setembro de 2009 até Maio de 2017 foram atendidos 783 pacientes e realizadas 132 cirurgias¹⁴.



4.1.4. Gestação Saudável com Boca Saudável:

O programa “Gestação Saudável com Boca Saudável” representa uma oportunidade para:

- ✓ Fortalecer o autocuidado e o conhecimento para prevenir doenças bucais, neste período de maior vulnerabilidade.
- ✓ Evitar complicações e maior risco de situações adversas na gravidez e no parto.
- ✓ Solucionar problemas orais pré-existentes em mulheres grávidas.
- ✓ Ajudar a reduzir os níveis de bactérias cariog nicas na mãe e a sua transmissão para a criança, favorecendo a saúde bucal da mãe e da criança.
- ✓ Ajudar a criança a nascer e crescer em um ambiente favorável para a saúde bucal.
- ✓ Evitar complicações para a saúde do recém-nascido.



Objetivo Geral:

Contribuir para a melhora da saúde e qualidade de vida das gestantes através de ações de prevenção, promoção e atenção integral   saúde oral. Desde o início do programa em julho de 2016 até agosto de 2017 foram atendidas 43.322 gestantes no programa em diversas regiões sanitárias do pa s¹⁴.

5. Clínicas Móveis:

A DSBD, através de suas clínicas móveis, atende as populações que vivem em zonas vulneráveis e de difícil acesso aos serviços de saúde, realizando procedimentos odontológicos que incluem tratamentos preventivos, curativos, de reabilitação e atividades de promoção da saúde bucal.

No quadro 6 são mostrados as consultas realizadas pelas clínicas móveis durante o periodo 2013-2017.

Quadro 6. Consultas realizadas nas clínicas móveis durante o período 2013-2017.

Quantidade de consultas das clínicas móveis de agosto 2013 a novembro de 2017				
2013	2014	2015	2016	2017
17.623	13.273	13.336	10.604	10.665

Fonte: Memórias da Direção de Saúde Bucodental do MSPBS, 2017¹⁴.

6. Sistema de Coleta de Dados Estatísticos vía WEB:

O Sistema CIE 10 diagnóstico e CIE 9 procedimentos é a codificação estatística que permite a recolha rápida, oportuna e abrangente dos dados estatísticos com menos sub registros e, ao mesmo tempo que permite uma verificação cruzada da utilização dos insumos odontológicos.

Através do Sistema para Área Ambulatorial (SAA), odontólogos podem incluir, não apenas o diagnóstico, mas também todos os procedimentos realizados e também podem baixar aplicativos dos diferentes programas nacionais.

Também foi projetado (Equipe Técnica da DSBD) e desenvolvido (Equipe Técnica da Direção Geral de Tecnologias da Informação e Comunicação) a ferramenta tecnológica denominada: Módulo Inteligente para as Iniciativas de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças Orais que foi incorporado ao SAA. É um projeto de desenvolvimento tecnológico sem precedentes a nível regional que foi criado para documentar, sistematizar e avaliar as experiências e estratégias de promoção e prevenção na área da SBD realizadas por dentistas em todo o país. Desde a sua implementação em 2015 até 2017, 713 iniciativas foram documentadas a nível nacional. Seu manual está disponível: <http://www.mspbs.gov.py/bucodental/wpcontent/uploads/2013/04/MÓDULO-EXPERTO.pdf>

7. Projeto de Levantamento Nacional de Saúde Oral 2017:

O MSPBS, através da DSBD, juntamente com a Organização Panamericana da Saúde/Paraguai e com apoio da Direção Geral de Estatísticas, Pesquisas e Censos, Ele está realizando o **“Levantamento Nacional de Saúde Oral Paraguai de 2017”** com resolução S. G. número ministerial 107 I 2013. Com os seguintes objetivos :

- ✓ Atualizar os dados sobre a situação de saúde oral a nível nacional; em termos de experiência em cáries dentárias, necessidades de tratamento e emergências, situação periodontal e fluorose de esmalte, em escolares de 5 anos, 6 anos, 12 anos e 15 anos.
- ✓ Gerar informação sobre os fatores de risco e determinantes sociais de saúde que afetam a saúde oral em escolares de 5 anos, 6 anos, 12 anos e 15 anos.

A coleta de dados foi realizada de junho a novembro deste ano, foi responsável pelo MSPBS por meio de um trabalho extraordinário da DSBD com excelente apoio dos principais dentistas chefes regionais. Os dados foram coletados em 9 estratos conformados pela área urbana, área rural, instituições indígenas e os três grupos etários 5-6, 12 e 15 anos. O número total de entrevistados foi 3.255 alunos pertencentes a um total de 132 instituições de ensino. O projeto está agora na fase de análise de dados.

8. Conclusões

As políticas de promoção e cuidados da Saúde Bucal estão consolidadas e se encontram em um lugar privilegiado dentro da estrutura organizacional e funcional do MSPBS.

Atualmente, o Ministério da Saúde Pública e Previdência Social do Paraguai tem 406 serviços odontológicos e 1449 profissionais odontólogos em todo o país. Houve avanços no aumento de serviços, recursos humanos, de insumos, instrumentos e equipamentos, bem como na implementação de inúmeros programas voltados para diferentes fases da vida. Existem também serviços instalados em várias regiões do país, nos quais são realizadas especialidades como endodontia, ortodontia, odontopediatria, periodontia, próteses e cirurgias de maior complexidade.

A sugestão é a de promover a continuidade e sustentabilidade ao longo do tempo, para evitar retrocessos nas conquistas e aumentar a cobertura do serviço.

Referências:

1. Dirección general de Estadísticas, Encuestas y Censos. Paraguay. DGEEC. Encuesta Permanente de Hogares 2015. Disponible en: www.dgeec.gov.py.
2. República del Paraguay. Constitución Política de 1992. Disponible en: <http://www.constitution.org/cons/paraguay.htm>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los Sistemas de Salud de Paraguay: Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington D.C.: OPS 2008: 80 págs.
4. Mancuello J. Cabral M. Sistema de salud de Paraguay. Rev. Salud Pública Parag. 2011; Vol. 1 (1): 13-25.
5. Dirección General de Planificación y Evaluación-MSPBS / Sistemas de Salud en Sudamérica: desafíos para universalidad, la integralidad y la equidad. OPS 2012.
6. Dirección General de Planificación y Evaluación-MSPBS. Plan estratégico institucional 2013-2018.
7. MSP y BS-DGEEC-OPS/OMS. Exclusión Social en Salud: Análisis a nivel Nacional y Regional. Paraguay, Diciembre 2007.
8. Giménez E. Hacia un sistema de salud con garantías, Asunción, Instituto Desarrollo, 2013.
9. Estupiñán Saskia. Promoción de la salud bucodental: el uso de la fluoruración de la salud para prevenir la caries dental. Organización Panamericana de la Salud 2006. 115 págs.
10. Ministerio de Salud y Bienestar Social Dirección de Salud Bucodental República de Paraguay. Encuesta Nacional Sobre Salud Oral Paraguay 2008:1-98. Disponible en: http://new.paho.org/par/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=73&Itemid=239
11. Frankel J, Chaves M. Utilización de un método sencillo de encuestas para la evaluación de la frecuencia de la caries dental en 3.009 niños brasileños. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1956:383-399.
12. FDI/WHO. Global goals for oral health in the year 2000. Int Dent J. 1982;32:74-7.
13. Oral health survey-basic methods. World Health Organization. 3rd Geneva: WHO. 1987.
14. Memorias de la Dirección de Salud Bucodental del MSPBS, 2017. Disponible en: <http://www.mspbs.gov.py/bucodental/>



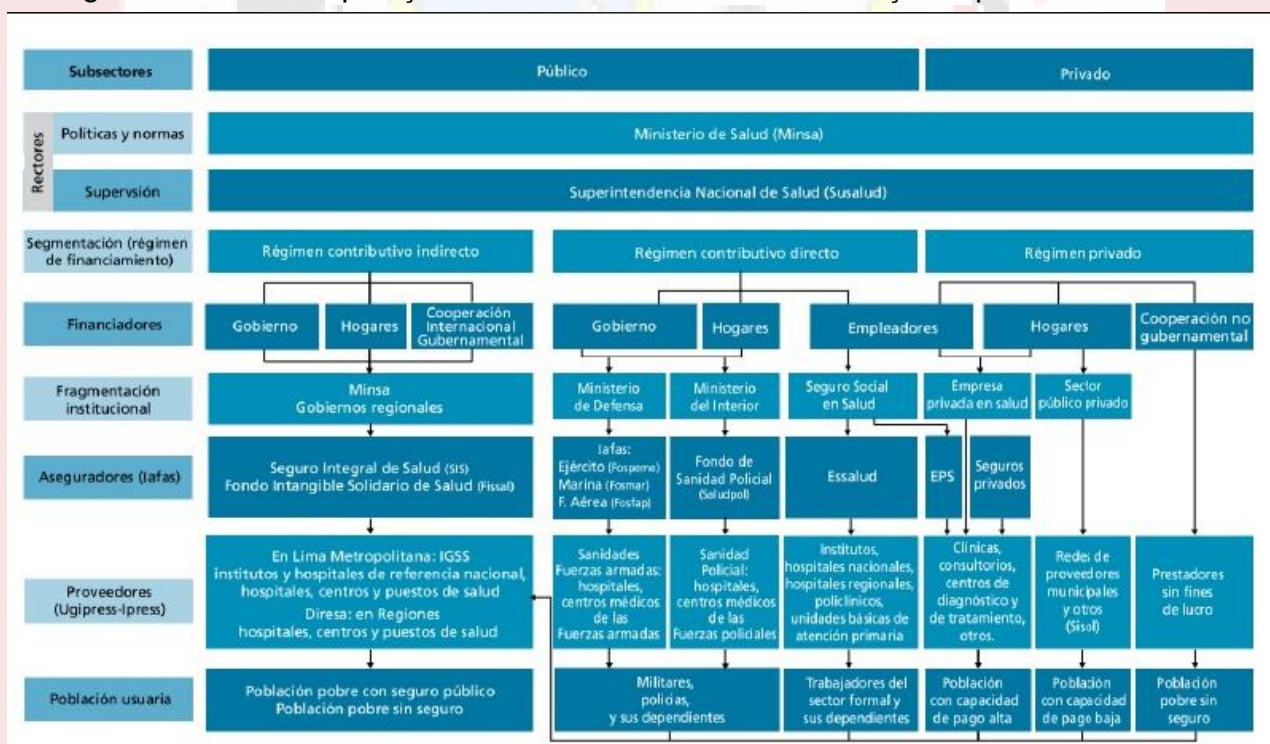
Peru



Autores: Carlos Francisco García Zavaleta, Flor de María Pachas Barrionuevo, Ana Soledad Arana Sunohara.

O Sistema Nacional de Saúde no Perú

O Sistema Nacional de Saúde no Peru caracteriza-se por ser fragmentado (setor público e setor privado). O subsector público, por sua vez, inclui vários subsistemas: o Ministério de Saúde (Minsa), O Seguro Social (ESSALUD), a Saúde das Forças Armadas e Policiais e os Governos Regionais. O diagrama a seguir mostra a composição dos atores do sistema, as funções que eles executam



Fonte: Lazo-Gonzales O, Alcalde-Rabanal J, Espinosa-Henao O. El sistema de salud en Perú: situación y desafíos. Lima: Colegio Médico del Perú, REP; 2016.





Como consequência desta fragmentação histórica, chegamos no início do século 21 com um sistema que apresenta as seguintes características: múltiplas reitorias, duplicação de investimentos, sobreposição de redes de benefícios, ausência de serviços complementares e continuidade de cuidados, desordem regulatória e subsídios cruzados que aumentaram a desigualdade

No entanto, o crescimento de nossa economia e outros processos de ordem social e política nesse mesmo período permitiram aos governos, por sua vez, promover processos de reforma do Estado para fechar as lacunas do desenvolvimento como país, um aspecto que necessariamente incluirá o setor da saúde.

Em 2002, foi aprovado por consenso entre o Governo, organizações políticas e membros da sociedade civil; o Acordo Nacional. Este Acordo estabeleceu um conjunto de políticas estatais orientadas para quatro grandes objetivos nacionais: a) Fortalecimento da democracia e do Estado de direito, b) Desenvolvimento com equidade e justiça social, c) Promoção da competitividade do país; e d) Afirmação de um Estado eficiente, transparente e descentralizado. As políticas relacionadas à saúde estão incluídas no objetivo "Desenvolvimento com equidade e justiça social". Este objetivo inclui sete políticas do Estado: a) Redução da pobreza, b) Promoção da igualdade de oportunidades sem discriminação, c) Acesso universal a uma educação e promoção publicitária gratuita e de qualidade e defesa da cultura e do esporte. d) Acesso universal a serviços de saúde e segurança social, e) Acesso a emprego completo, digno e produtivo, f) Promoção da segurança alimentar e nutrição, g) Fortalecimento da família, promoção e proteção de crianças, adolescência e juventude. É em relação à política de Redução da Pobreza, à política de Acesso Universal aos Serviços de Saúde e Segurança Social e à política de Promoção da Segurança Alimentar e da Nutrição que estabelece algumas prioridades relacionadas à saúde^{2,3}.

No mesmo ano, iniciou-se o processo de descentralização no país, promovendo os Governos Regionais e Locais para levar o Estado às necessidades do cidadão. O Ministério da Saúde através da Lei nº 27657, Lei do Ministério da Saúde, reformula conceitos, objetivos, processos e sua estrutura organizacional, aliviando o papel de autoridade em relação ao Sistema Nacional de Saúde⁴.

O Seguro Integral de Saúde (SIS) foi criado em 2002 como Organismo Público Descentralizado do Ministério da Saúde, com o objetivo de administrar os fundos destinados ao financiamento de benefícios individuais para a saúde, sob a forma de subsídio público, a favor da população que está em situação de pobreza e pobreza extrema, reduzindo assim as barreiras econômicas do acesso aos serviços de saúde. Atualmente, o SIS administra dois regimes de seguro: o subsidiado e o semi-contributivo⁵.



Em 2007 foi aprovado o "Plano Nacional Focado na Saúde". Este plano baseou-se nos compromissos assumidos pelo Estado na área da saúde nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, nas prioridades de saúde determinadas no Acordo Nacional de 2002 e no Acordo sobre Partidos Políticos em Saúde em 2006. O plano especifica as diretrizes de políticas de saúde para o período entre 2007 e 2020, determinando onze diretrizes políticas: 1) Cuidados de saúde abrangentes para mulheres e crianças, dando prioridade às ações de promoção e prevenção. 2) Vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis. 3) Garantia universal. 4) Descentralização da função de saúde a nível do Governo Regional e Local. 5) Melhoria progressiva do acesso a serviços de saúde de qualidade. 6) Desenvolvimento de recursos humanos. 7) Medicamentos de qualidade para todos. 8) Financiamento baseado em resultados. 9) Desenvolvimento da gestão do sistema de saúde. 10) Participação dos cidadãos na saúde e 11) Melhoria dos outros determinantes da saúde. Além disso, foram elaborados onze objetivos nacionais de saúde para o período 2007-2020; oito objetivos para o sistema de saúde para o período 2007-2011; e, sete objetivos em relação aos determinantes da saúde ^{6,7}.

A Lei de Asseguramento Universal em Saúde (AUS) promulgada no ano de 2009, institui a garantia obrigatória de todo cidadão peruano e cria novos atores com papéis complementares; assim, se criam as Instituições Prestadoras de Saúde (IPRESS) e as Instituições Administradoras de Fundos de Asseguramento em Saúde (IAFAS). Também foi criada a Superintendência Nacional de Saúde (SUSALUD), que é a instituição responsável pela proteção dos direitos de saúde de cada cidadão, para o qual ele procura capacitar o cidadão, independentemente de onde seja servido ou sua condição de asseguração. SUSALUD tem o poder de agir em todos IPRESS bem como nas IAFAS, públicas, privadas e mistas do país ¹.

No marco do AUS o Estado garante um pacote básico de serviços contidos no Plano Essencial de Asseguramento de Saúde (PEAS). Este PEAS cobre 65% das enfermidades do país e 80% da demanda de atenção primária em saúde. Do mesmo modo, este plano prevê a cobertura de doenças de alto custo, financiadas pelo Fundo Intangível Solidário de Saúde (FISSAL) ^{8,9}.

Em 2012, o MINSA de acordo com o Conselho Nacional de Saúde, promove a consolidação da Reforma Setorial. Através da Lei n.º 30073, o Congresso da República delega ao Poder Executivo o poder de legislar sobre questões de saúde e fortalecimento do setor de saúde. A reorganização do MINSA e a modernização do Sistema Nacional de Saúde, buscando fortalecer a administração nacional e melhorar o fornecimento de serviços de qualidade, continuidade e oportunos⁹.

Atualmente, a consolidação da articulação do MINSA com os governos regionais, estabelecendo compromissos e planos que são continuamente monitorados⁹.

Saúde bucal na agenda de saúde

O "Plano Nacional Focado na Saúde" do ano de 2007 recupera na agenda nacional de saúde a atenção para as necessidades de saúde bucal da população peruana como prioridade sanitária. O objetivo sanitário Nº11 do referido plano propõe melhorar a saúde bucal e reduzir as doenças da cavidade bucal. Os seguintes objetivos foram propostos para 2011: 1) alcançar uma redução de 30% no índice CPOD em crianças menores de 12 anos, um CPOD menor de 3 e 2) para garantir que 90% das mulheres grávidas em situação de pobreza recebam cuidados odontológicos preventivos. Para atingir esses objetivos, foram propostas as seguintes estratégias e intervenções⁶:

- ✓ Implementar regulação sobre fluoretação de sal para consumo humano.
- ✓ Expandir a oferta de serviços dentários em todo o país, com ênfase nas 10 regiões mais pobres, utilizando as técnicas mais econômicas disponíveis (restauração atraumática).
- ✓ Incorporar cuidados de saúde bucal no plano de seguro de saúde universal.
- ✓ Incorporar educação em higiene e saúde bucal no ensino primário.
- ✓ Promover práticas saudáveis, nutrição e higiene bucal.
- ✓ Implementar medidas de prevenção, promoção e recuperativas odontológicas pelas equipes de Atenção Integral de Saúde de Populações Excluídas e Dispersas AISPED em áreas dispersas.
- ✓ Fortalecimento e extensão de Práticas de Restauração Atraumática (PRAT) em 100% dos estabelecimentos.
- ✓ Difusão educativa de alimentos e substâncias que influenciam a boa saúde bucal.

Em 2007 foi criada a Estratégia Nacional Sanitária de Saúde Bucal, dependente da Direção Geral da Saúde do Povo (R.M. N ° 649-2007 / MINSA) com o objetivo de gerenciar atividades promocionais, preventivas, de recuperação e reabilitação, propondo normas e articulando intra e intersetorialmente. Atualmente e através do D.S. Nº 008-2017-SA que instaura o novo Regulamento de Organização e Funções (ROF) do MINSA é incorporado em sua estrutura organizacional da Direção Nacional de Saúde Bucal, espera-se um avanço no fechamento de lacunas do cenário da saúde oral no Peru.

Perfil do estado de saúde bucal e enfermidades

Três estudos nacionais foram realizados no Peru, o primeiro realizado em 1991-1992 ¹⁰, o segundo no período 2001-2002 ¹¹ e o terceiro no período 2012-2014¹² com os seguintes resultados:

Ano	Prevalência aos 12 anos de idade	CPOD aos 12 anos	Prevalência aos 6 anos de idade	ceod aos 6 anos
1991-1992	91.6%*	2.41	-	-
2001-2002	86.6%	3.67	87.3%	6.66
2012-2014 **	85.6%	-	-	-

* Prevalência para o intervalo de 6 a 12 anos de idade

** Os dados relatados ainda são preliminares

A prevalência de fluorose foi 16.0% na idade de 8 anos em 2001-2002, enquanto que para o período 2012-2014 este é estimado em 30,6%.

No Peru, doenças da boca eram a oitava principal causa de incapacidade em 2016 medido em anos vividos com incapacidade (AVDs) segundo o Instituto de Medidas e Avaliação de Saúde (Em: <http://www.healthdata.org/peru> consultado em 10.01.2018). No mesmo ano, doenças da boca, glândulas salivares e maxilares foram a segunda causa de morbilidade tratada no ambulatório das unidades de saúde do MINSA em todo o país, após infecções agudas do trato respiratório superior (Em: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/morbilidad/cemacros.asp?00> consultado em 10.01.2018).

Serviços odontológicos no PEAS

O Plano Essencial de Asseguramento em Saúde (PEAS) incorpora alguns procedimentos dentários preventivos e recuperativos para o cuidado das patologias orais mais prevalentes, como cáries dentárias e gengivite. Estes procedimentos incluem: profilaxia, fisioterapia oral, aplicação de gel ou verniz de flúor, aplicação de selantes, inativação de cáries com ionômero, restauração atraumática, restaurações de resina, pulpotomia, pulpectomia e extração dentária. Também inclui cirurgia corretiva, reabilitação física e apoio psicológico para casos com fissura palatina. O Plano Complementar do Regime Subsidiado inclui atenção para outras condições de saúde bucal adicionais às indicadas no PEAS como são o caso de: Alterações na erupção dentária, raiz radicular retido, condições especificadas dos dentes e suas estruturas de suporte, estomatite ⁸.

Plano de Saúde Escolar

Em 2013 foi aprovado o Plano de Saúde Escolar 2013-2016 (D.S. N° 010-2013-SA). Seu objetivo é desenvolver uma cultura de saúde nas crianças da escola das instituições educacionais do nível inicial e primário do escopo do Programa Nacional de Alimentação Escolar Qali Warma. Inclui a avaliação integral da saúde (detecção, cuidados e tratamento) e a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis. Faz parte da iniciativa intersectorial “Aprenda saudável”, entre o MINSA, o Ministério de Educação (MINEDU) e o Ministério de Desenvolvimento e Inclusão Social (MIDIS). Em 2014, a avaliação e os cuidados de saúde bucal começaram como um plano piloto. O financiamento vem do Seguro Integral de Saúde (SIS) ¹³.

Plano “Volte a Sorrir”

Em 2012 foi aprovado o Plano de Intervenção de Reabilitação Oral com Prótese Removível no Idoso 2012-2016 “Volte a Sorrir” (R.M. N° 626- 2012/MINSA) cujo objetivo é contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos em situação de pobreza e pobreza extrema através da reabilitação oral, recuperação da função mastigatória, fonética e estética da cavidade bucal. O financiamento corresponde aos Recursos Ordinários do MINSA e às doações e transferências para o MINSA ¹³.

Programa de fluoretação do sal

Em 1984 mediante o Decreto Supremo DS N°015-84-SA, o MINSA estabeleceu a obrigatoriedade da fluoretação do sal no Peru a fim de reduzir a incidência de cárie dentária na população peruana. Desde então, foram desenvolvidos instrumentos para regular sua implementação e mecanismos de vigilância epidemiológica. No entanto, um conjunto de barreiras impediu ambas as tarefas. Assim, as medidas feitas por pesquisadores independentes ao longo do tempo revelaram que a concentração de flúor no sal de consumo humano nem sempre foi encontrada em níveis ótimos¹⁴⁻¹⁶.

Regulamentos em saúde bucal

O Ministério da Saúde, como órgão responsável pelas políticas de saúde no Peru, aprovou uma série de documentos normativos em relação às diretrizes, planos, procedimentos e técnicas utilizadas para atendimento odontológico em resposta às necessidades da população peruana, com base em evidências científicas. Alguns foram atualizados nos últimos anos, como diretrizes de prática clínica. Os documentos normativos gerados desde 2005 estão listados abaixo:



2005-2007	-Guía de Prática Clínica Estomatológica. RM Nº 453-2005/MINSA ¹⁷. -Norma Técnica “Atenciones odontológicas básicas en poblaciones excluidas y dispersas.” RM Nº 882-2005 MINSA ¹⁸. -Norma Técnica de Saúde para o Uso do Odontograma. RM Nº 593 - 2006/MINSA ¹⁹. -Guía Técnica: Práctica de Restauração Atraumática. R.M. Nº423-2007/MINSA ²⁰.
2012-2017	- Plano de Intervenção para a reabilitação Oral com Próteses Removíveis em Idosos 2012-2016 “Vuelve a Sonreír ”. R.M. Nº 626-2012/MINSA ²¹. - Guía de Prática para o Diagnóstico e Tratamento do Desdentado Total. R.M. Nº 027-2015/MINSA ²². - Plano de Intervenção de Saúde Bucal 2016. D.S. Nº 005-2016-SA ¹³. - Guía de Prática Clínica para a Prevenção, Diagnóstico e Tratamento de Cáries Dental en Meninas e Meninos. R.M. Nº 422-2017/MINSA ^{23, 24}.

Essas diretrizes permitem que a prática da odontologia em serviços públicos e privados seja regulada para um exercício adequado no cuidado da população peruana, crianças, mulheres grávidas e adultos.

No que diz respeito aos padrões técnicos referentes a medidas preventivas de saúde pública oral, como sal fluoretado para consumo humano e uso de pasta de dente, respectivamente, de forma sistêmica ou tópica, ambos estão listados como aprovados, mas a falta de um mecanismo de supervisão no controle de Qualidade de ambos os produtos. Através do Decreto Supremo Nº 015-84-SA ²⁵, as empresas dedicadas ao processamento de sal de consumo humano, eles são obrigados a adicionar flúor. Mediante a Resolução Ministerial Nº454-2001 ²⁶ foi estabelecido a Norma Técnica Sanitária para a Adição de Fluoretos em Cremes Dentais, Enxaguatórios e outros produtos usados em Higiene Bucal.

O avanço da ciência garante que essas normas sejam revistas e atualizadas para contribuir para o cumprimento de políticas de saúde que ajudem a cuidar da saúde da população.

Recursos Humanos para a Saúde Bucal

O MINSA no ano de 2015 relatou 5, 754 dentistas disponíveis, que constituem 2,3% do número total de profissionais de saúde no Peru (245, 779). A distribuição de recursos humanos mostra uma alta concentração em Lima e estão localizados em instalações de cuidados de primeiro nível I-2, I-3 e I-4. Especificamente, os dentistas do MINSA estão localizados atendendo a uma população entre pobreza extrema, muito pobre e pobre ²⁷.

No "Compêndio Estatístico de Informações sobre Recursos de Saúde" elaborado pelo MINSA e Governos Regionais Peru 2013-2015, verificou-se que a maioria dos profissionais de odontologia está localizada em estabelecimentos de saúde de primeiro nível (3,123), seguido pelo segundo nível (427) e o terceiro nível (182). 68,4% está localizado na área urbana e 31,2% nas áreas rurais ²⁸.

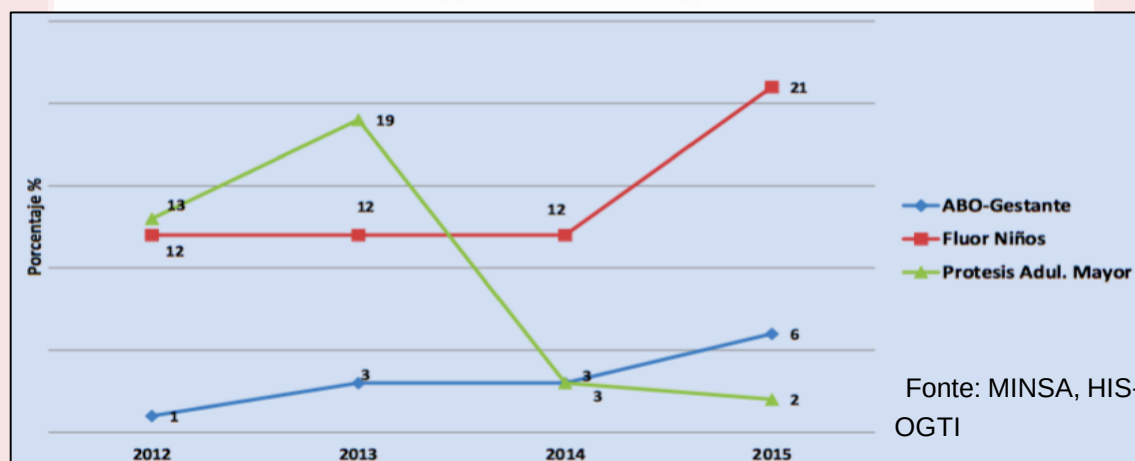
O exercício da profissão no âmbito nacional é regulado pelo Regulamento da Lei N ° 27878 - Direito do Trabalho do Cirurgião Dental, desde 15 de fevereiro de 2010²⁹. Igualmente, para a formação de especialistas, a Residência Odontológica foi criado através da Decreto Supremo N° 009-2013 ³⁰. Este decreto supremo permitiu a oportunidade de treinar especialistas em áreas clínicas, mas também na área de saúde pública oral para fortalecer a qualidade dos cuidados na rede pública de saúde e melhorar o gerenciamento de políticas públicas pela saúde bucal no Peru.

Indicadores de Desempenho

O indicadores estabelecidos pelo MINSA¹³ para monitorar o desempenho dos serviços de saúde oral na prestação da atenção a população são os seguintes:

- ✓ Proporção de crianças de 6 meses a 11 anos protegidos com aplicações de flúor
- ✓ Proporção de gestantes com alta básica odontológica (ABO).
- ✓ Proporção de próteses dentais entregues a idosos.

Uma alta odontológica é composto pelo exame estomatológico, instrução de higiene bucal, aconselhamento nutricional e profilaxia. Estes indicadores estão sendo revisados para o ano atual. O comportamento desses indicadores nos últimos anos pode ser visto no seguinte gráfico:





Como se observa no gráfico, a percentagem de crianças e mulheres grávidas que tiveram acesso a cuidados preventivos aumentou em comparação com a colocação de próteses na população idosa.

Referências:

- 1.Lazo-Gonzales O, Alcalde-Rabanal J, Espinosa-Henao O. El sistema de salud en Perú: situación y desafíos. Lima: Colegio Médico del Perú, REP; 2016.
2. El Acuerdo Nacional sobre políticas de Estado. 22 de julio del 2002. Lima, Perú.
3. Nepo-Linares E, Velásquez A. El Acuerdo Nacional como espacio de consenso para la definición de los objetivos de la reforma de salud y establecer políticas de salud en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(3)540-5. doi:10.17843/rpmesp.2016.333.2331
4. Velásquez A, Suarez D, Nepo-Linares E. Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. Revisado el 21/11/17. URL: <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2338/2313>
- 5.Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial N° 120 “Atención de Salud para los más pobres: El Seguro Integral de Salud. Lima, 2007.
6. MINSA. Plan Nacional Concertado de Salud.2007.Lima, Perú.
7. Acuerdo de Partidos Políticos en Salud del 20 de diciembre, 2005. Lima , Perú.
8. MINSA. Plan Esencial de Aseguramiento en Salud. Junio 2009. Lima, Perú.
9. MINSA. Avances de la Reforma de Salud. Reporte informativo 2013 – 2014. Lima, Perú.
10. Domínguez del Río, Velezmoro L.V. Estudio epidemiológico de salud bucal en el Perú. Caries Dental. Ministerio de Salud del Perú. Lima, 1990.
11. MINSA. Prevalencia de caries dental, fluorosis de esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años, Perú, 2001 – 2002.
12. Estrategia Sanitaria de Salud Bucal. Presentación preliminar del estudio de ante el Comité de expertos de la Estrategia Sanitaria de Salud Bucal. 2017.
13. Decreto Supremo N° 005.2016-SA. Plan de Plan de Intervención de Salud Bucal – 2016.
14. Galvez M. Concentración de flúor en las sal disponible en Puno, Peru (Tesis). Lima: Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Odontología; 1995.
15. Arana AS. Mapeo de sal con flúor en los mercados de la provincia de Trujillo utilizando el sistema de información geográfica. Rev Estomatol Herediana 2006; 16(1):5-8
- 16.Chumpitaz-Durand R. Nivel de conocimiento y consumo de sal fluorada en localidades urbanas y periféricas de Chiclayo. Kiru 2012;9(2):111-118.
17. MINSA. Guía de Práctica Clínica Estomatológica. N° 453-2005/MINSA. [internet]. Acceso 9 Enero 2017. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp
18. MINSA. Norma Técnica: Atenciones odontológicas básicas en poblaciones excluidas y dispersas. Dirección general de salud de las personas. Dirección ejecutiva de atención integral de salud. 2005. [internet]. Acceso 9 Enero 2017. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp

19. MINSA. Norma Técnica de Salud para el Uso del Odontograma. NTS N° 045-MINSA/DGSP_V.01. [internet]. Acceso 9 Enero 2017. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp
20. MINSA. Guía Técnica: Práctica de Restauración Atraumática. N° 423-2007/MINSA. [internet]. Acceso 9 Enero 2017. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp
21. MINSA. Plan de Intervención para la rehabilitación Oral con Prótesis Removible en el Adulto mayor 2012-2016 “Vuelve a Sonreír”. RM 626-2012/MINSA. . [internet]. Acceso 9 Enero 2017. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Prevencion_salud/salud_bucal/ESNSB/RM%20626-2012%20Vuelve%20a%20Sonreir.pdf
22. MINSA. Guía Técnica: Guía de Práctica para el Diagnóstico y Tratamiento del Edéntulo Total. N° 027-2015/MINSA. [internet]. Acceso 9 Enero 2017. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp
23. MINSA. Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Caries Dental en niñas y niños. Resolución Ministerial N° 422-2017/MINSA. [internet]. Acceso 9 Enero 2017. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp
24. MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de guías de prácticas clínicas del Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA. [internet]. Acceso 9 Enero 2017. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp
25. DIGESA. Reglamento técnico para la fortificación de la sal para consumo humano con yodo y flúor. [internet]. Acceso 9 Enero 2017. Disponible en: http://www.digesa.minsa.gob.pe/norma_consulta/sal_961_2006.htm.
26. MINSA. Norma técnica sanitaria de calidad para las cremas dentales cosméticas. N T N° MINSA / DGSP V.01. [internet]. Acceso 9 Enero 2017. Disponible en: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:TbkMSSB_8q8J:ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgsp/CREMAS%2520DENTALES%2520v\(8\)190705.doc+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=pe](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:TbkMSSB_8q8J:ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgsp/CREMAS%2520DENTALES%2520v(8)190705.doc+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=pe)
27. MINSA. Observatorio de Recurso Humanos en Salud. [internet]. Acceso 9 Enero 2017. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3397.pdf>
28. MINSA Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recurso Humanos. Registro Nacional del Personal de la Salud. 2015. [internet]. Acceso 9 Enero 2017. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3444.pdf>
29. COP: Reglamento de Ley del Cirujano Dentista. Acceso 9 Enero 2017. Disponible en: http://www.cop.org.pe/pdf/Reglamento_Ley_de_Trabajo_Cirujano_Dentista_27878.pdf
30. CODIRO. Residmetado Odontológico. . [internet]. Acceso 9 Enero 2017. Disponible en: <http://codiro.org.pe/>



República Dominicana



Autor: Adolfo Rodriguez Nuñez.

A NOVA CARA DA ODONTOLOGIA DOMINCANA

A República Dominicana não possui um recenseamento sobre o número de dentistas atualmente existentes, mas traçando uma linha de graduados dos últimos 10 anos das diferentes universidades, estima-se que 9 mil dentistas em todo o país.

Existem 15 universidades e destes 4 cursos de pós-graduação em várias áreas, com uma média de cerca de 350 a 400 dentistas por ano.

No que diz respeito aos índices de saúde bucal, não temos dados atualizados, uma vez que não existem estudos recentes que dê uma referência nacional que nos permita ter índices de saúde bucal com precisão.

Cerca de 30 por cento estão sem emprego, o que significa que não pode exercer, o resultado de superlotação e falta de recursos para começar, além disso é adicionado o monopólio dos pacientes que têm seguro e algumas empresas que prestam serviços que subcontratam dentistas em todo o país.

Em termos de legislação, a saúde bucal faz parte da recente reforma da saúde de serviços abrangentes de saúde e estruturação de uma rede nacional de serviços odontológicos que cobre os cuidados primários e especializados, hoje em dia no setor público todas as especialidades são oferecidas de odontologia e um processo de negociação foi aberto com seguradoras para fornecer cobertura aos membros da rede de seguros no país.

Como resultado da divisão do sistema de saúde dominicano hoje existem duas estruturas: a primeira é o ministério da saúde para políticas e a segunda é o serviço nacional de saúde para a aplicação e qualidade dos serviços.

Os programas que resultam desta divisão estão sendo reorganizados entre a reitoria e os serviços entre eles, temos o programa escolar de prevenção e intervenção, o programa de detecção de câncer de boca e sua prevenção, está em organização de um estudo nacional da situação real de saúde e a elaboração de normas e protocolos de atenção em saúde além da ativa qualificação dos centros, promoção e prevenção da atenção nos idosos, protocolo de elaboração do uso dos fluoretos tanto para o setor privado como público , guia de promotores de saúde em odontologia.



Esta no congresso nacional a associação odontológica para a reorganização da saúde bucal da República Dominicana.

A rede pública aumentou o portfólio de serviços para a atenção primária, uniformizou todos os dentistas e assistentes dentro da rede nacional, triplicou o número de serviços por ano, centros descentralizou a criação de auto-gestão, e criou incentivos que mantêm os dentistas integrados sob constante supervisão

Foi criado o prêmio pela qualidade da odontologia dominicana, que possui duas entregas reconhecendo os maiores valores e padrões do serviço de odontologia, da mesma forma que um congresso anual é pago a cada dentista cuja contribuição econômica é fruto do seu próprio trabalho do dia a dia.

Na República Dominicana, estamos avançando com uma nova imagem e uma nova visão de odontologia para o benefício de nossos pacientes e nossos profissionais.





Uruguai



Autores: Pablo Bianco, Liliana Queijo.

A República Oriental do Uruguai (ROU) está localizada no território da América do Sul, com 176 mil quilômetros quadrados, de relevo ondulante, sem grandes acidentes geográficos, faz limite com dois grandes países tanto em território quanto em população: Argentina e Brasil e pela costa é banhado pelo Oceano Atlântico e ao sul pelo Rio da Prata¹.

Com uma população de três milhões e quatrocentos mil pessoas, 40% vivem na capital, Montevidéu, localizada ao sul, em uma extremidade do território, porto natural e centro histórico do desenvolvimento da região desde a colonização espanhola. 93% da população está concentrada em áreas urbanas. O PIB para 2008 foi de 7.075 dólares por habitante. O desemprego em maio de 2017 é de 7,95.

O índice de população abaixo da pobreza é de 9,4 por mil e sobe para 20,1 por mil em crianças menores de 6 anos. A população indigente é de 0,2 por mil e 6 por mil em crianças menores de 6 anos (*2016). Existe desde 2005 até à data uma tendência de queda sustentada nesses indicadores.

A força política progressiva no governo desde 2005 tomou como eixo de seu programa a Reforma da Saúde com o objetivo de permitir que toda a população tenha acesso a atenção universal, integral e igualitária. Para isso, são propostas mudanças no modelo de saúde, priorizando o primeiro nível com ênfase na promoção e prevenção, mudanças no modelo de gestão e mudanças no financiamento.

Em 2008, foi criado o SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SAÚDE (SNIS), que reorganizou legal e financeiramente os serviços públicos e privados existentes. Foram aprovados os regulamentos que estabelecem um FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (Fonasa), com contribuições dos trabalhadores proporcionais aos seus rendimentos, as empresas e estado. Este fundo funciona no Banco de Segurança Social e atua como administrador e financiador do sistema. O Fonasa paga ajustado por idade e sexo, às instituições PRESTADORAS INTEGRAIS DE SAÚDE.

Estas se agrupam às "antigas" sem fins lucrativos, de uma concepção solidária onde os indivíduos saudáveis voluntariamente pagaram pelo paciente e Instituições de Assistência Médica Coletivizada com fins lucrativos, de propriedade cooperativa ou grupos de investidores.





Por outro lado, o prestador integral público ASSE (Administração de Serviços de Saúde do Estado) que nasceu no Ministério da Saúde Pública, tornou-se cada vez mais independente, até alcançar total autonomia. A ASSE é o maior fornecedor do país com uma população de 1.305.114 pessoas e presença em todo o território nacional (400.000 usuários através da Fonasa e do resto da população de trabalho informal ou sem trabalho financiado pelo orçamento do estado). A ASSE abrange a população mais necessitada, com os piores perfis epidemiológicos. A renda média per capita da ASSE é 20% inferior ao capital privado.

A partir da reforma, as pessoas com renda per capita da Fonasa, em um regime fechado que permite a troca uma vez por ano, decide o prestador de onde desejam ser atendidos.

Foi alcançado um primeiro efeito, que é a estabilidade financeira das instituições de saúde privadas cuja viabilidade estava em dúvida e uma melhora substancial dos cuidados da ASSE. Ficam por resolver, as diferenças substantivas para a conquista da equidade no SNIS. O SNIS está subordinado ao Ministério da Saúde Pública (MSP).

A atenção à saúde bucal no SNIS

O MSP conta dentro de sua estrutura programática com um PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (PNSB) pelo menos desde os primeiros governos pós-ditadura. A partir daí tem promovido diferentes ações de fomento e contribuição para a prevenção. Nesse sentido, o sistema assistencial tem a obrigação de incorporar progressivamente os benefícios de cobertura mínima (emergências, restaurações, cirurgia) desde 1983, embora não sejam gratuitos, mas estão sujeitos a um "ticket moderador" ou a um co-pagamento. A partir do MSP, a fluoretação do sal foi implementada em 1990 e vários programas de promoção e prevenção da saúde bucal foram promovidos, geralmente focados em certos grupos considerados de risco (por exemplo, estudantes de escolas de educação pública). No início de 2015, quando a mudança de governo ocorreu, a medida preventiva consistiu na administração por parte dos aplicadores de enxaguatórios fluoretados semanais.

A partir desse ano, as principais linhas de ação dentro do MSP começaram a ser redefinidas e, na saúde bucal, o uso de enxaguatórios fluoretados foi substituído pela escovação diária com pasta de dente fluoretada, como medida preventiva básica a ser promovida. Em um aspecto mais básico é formada uma equipe interinstitucional que formula o texto do Programa Nacional de Saúde Bucal, aprovado e publicado em 2008.

Referências:

1. <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/PROGRAMA%20SALUD%20BUCAL%202008.pdf>.

Projeto aprovado pelo 2º edital Santander/USP/FUSP
de Direitos Fundamentais e Políticas Públicas da
Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária da
Universidade de São Paulo processo 2017.1.238.23.4.

Impresso na Gráfica da FOUSP
Av. Prof. Lineu Prestes, 2227 – CEP 05508-000
Cidade Universitária “Armando de Salles Oliveira”

Realização:



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA



UNIVERSIDAD ANDINA
SIMÓN BOLÍVAR
Ecuador



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803



UNIVERSIDAD DE CHILE



McGill



MINISTERIO DE
**SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL**



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Financiamento:

