

serie técnica

Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

11

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS/OMS
UNIDAD TÉCNICA DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD - BRASIL
SECRETARÍA DE ATENCIÓN A LA SALUD - SAS
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN BÁSICA - DAB
COORDINACIÓN NACIONAL DE SALUD BUCAL

serie técnica

Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD BUCAL DE BRASIL:
REGISTRO DE UNA CONQUISTA HISTÓRICA

11

BRASÍLIA-DF, BRASIL
2006

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS/OMS
UNIDAD TÉCNICA DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD - BRASIL
SECRETARÍA DE ATENCIÓN A LA SALUD - SAS
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN BÁSICA - DAB
COORDINACIÓN NACIONAL DE SALUD BUCAL

LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD BUCAL DE BRASIL: REGISTRO DE UNA CONQUISTA HISTÓRICA

ORGANIZACIÓN

José Felipe Riani Costa
*Odontólogo, especialista en Salud Colectiva, asesor
técnico de la Coordinación Nacional de Salud Bucal del
Ministerio de Salud*

Luciana de Deus Chagas
*Odontóloga, especialista en Salud Pública, Maestría en
Ciencia de la Información/UnB, consultora nacional de
la Organización Panamericana de la Salud - Brasil*

Rosa Maria Silvestre
*Odontóloga, especialista en Salud Pública, consultora
de la Organización Panamericana de la Salud - Brasil*

Serie Técnica Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, 11

**BRASÍLIA-DF, BRASIL
2006**

Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS
Representación en Brasil

Dr. Horácio Toro Ocampo
<http://www.opas.org.br>

Unidad Técnica de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud / OPS

Gerente de la Unidad Técnica
Dr. Júlio Manuel Suárez
www.opas.org.br/servico

Equipo técnico de OPS

Dra. Luciana de Deus Chagas
Dra. Rosa Maria Silvestre

Ministerio de Salud - BRASIL
Ministro

Dr. Saraiva Felipe
<http://www.saude.gov.br>

Secretaría de Atención a la Salud
Secretario

Dr. José Gomes Temporão

Coordinación Nacional de Salud Bucal
Coordinador

Dr. Gilberto Pucca Júnior
www.saude.gov.br/bucal

Equipo técnico MS

Dr. Alexandre Raphael Deitos
Dra. Andréia Gimenez Nonato
Dr. Francisco Edilberto Gomes Bonfim
Dra. Izabeth Cristina Campos da Silva Farias
Dra. Janaina Rodrigues Cardoso
Dr. José Felipe Riani Costa
Dra. Livia Maria Benevides de Almeida
Dr. Márcio Ribeiro Guimarães

Colaboración: Idiana Luvison

Normalización: Fernanda Nahuz

Traducción y revisión: Empório das Letras

DTP: Formatos design gráfico

Tirada: 1.000 ejemplares

Ficha catalográfica preparada por el Centro de Documentación
de la Organización Panamericana de la Salud - Representación en Brasil

La política nacional de salud bucal de Brasil: registro de uma conquista histórica. José Felipe Riani Costa / Luciana de Deus Chagas / Rosa Maria Silvestre (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

59 p.: il. color. (Serie técnica desarrollo de sistemas y servicios de salud; 11)

ISBN:

1. Políticas de Salud. 2. Salud Bucal. I. Costa, José Felipe Riani de. Chagas, Luciana de Deus. Silvestre, Rosa Maria. II. Título. III. Organização Pan-Americana da Saúde. IV. Brasil. Ministerio de Salud. V. Serie técnica desarrollo de sistemas y servicios de salud.

NLM: WU113

2006 © Organización Panamericana de la Salud

Todos los derechos reservados. Permitida la reproducción total o parcial de este contenido, a condición de citar la fuente y que no sea para venta o cualquier otra finalidad comercial. Las opiniones expresadas en el documento son de la entera responsabilidad de sus autores.

LISTA DE GRÁFICOS Y TABLAS

GRÁFICO 3.1 - MÉDIAS DEL CPO-D Y PARTICIPACIÓN DE LOS COMPONENTES DE ACUERDO CON LA EDAD. BRASIL, 1986	33
GRÁFICO 3.2 - MÉDIAS E INTERVALOS DE CONFIANZA (95%) DE ACUERDO CON LA EDAD. BRASIL, 1996	35
GRÁFICO 3.3 - MEDIAS DE CPO-D Y PARTICIPACIÓN DE LOS COMPONENTES CONFORME EDAD. BRASIL, 2003.....	38
GRÁFICO 4.1 - ESB IMPLANTADOS. BRASIL, MARZO/2001 - DICIEMBRE/2005.....	45
GRÁFICO 4.2 - COBERTURA POBLACIONAL DE LOS ESB. BRASIL, DICIEMBRE/2002 - DICIEMBRE/2005.....	46
GRÁFICO 4.3 - PROPORCIÓN ENTRE LOS ESF Y LOS ESB. BRASIL, DICIEMBRE/2005.....	46
GRÁFICO 4.4 - RECURSOS FEDERALES APLICADOS EN SALUD BUCAL. BRASIL, 2002 - 2006.....	50
CUADRO 3.1 - DATOS DEL LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO EN SALUD BUCAL. BRASIL, 1986.....	34
CUADRO 3.2 - DATOS DEL LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO EN SALUD BUCAL. BRASIL, 1996.....	36
CUADRO 3.3 - PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DEL PROYECTO SB BRASIL	37
CUADRO 3.4 - DATOS DEL LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO EN SALUD BUCAL. BRASIL, 2003.....	40
TABLA 3.1 - COMPARACIÓN ENTRE LAS METAS DE LA OMS PARA EL AÑO 2000 Y LOS RESULTADOS DEL SB BRASIL 2003.....	39
TABLA 4.1 - CEO IMPLANTADOS. BRASIL, 2005	49
MAPA 4.1 - SITUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE EQUIPOS DE SALUD FAMILIAR, SALUD BUCAL Y AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD. BRASIL, DICIEMBRE/2005.....	47

RESUMEN

PREFACIO DE LA OPS	9
PREFACIO DEL MINISTERIO DE SALUD DE BRASIL.....	11
PRESENTACIÓN	13

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN	15
1.1. LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA SALUD BUCAL EN BRASIL.....	18

CAPÍTULO 2

LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA ELABORACIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD BUCAL.....	25
2.1. 1ª CONFERENCIA NACIONAL DE SALUD BUCAL (1ª CNSB)	26
2.2. 2ª CONFERENCIA NACIONAL DE SALUD BUCAL (2ª CNSB)	28
2.3. 3ª CONFERENCIA NACIONAL DE SALUD BUCAL (3ª CNSB)	29

CAPÍTULO 3

RETRATO DE LA SITUACIÓN DE SALUD BUCAL DE LA POBLACIÓN BRASILEÑA:

LEVANTAMIENTOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	31
3.1. LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO EN SALUD BUCAL (1986)	32
3.2. LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO EN SALUD BUCAL (1996)	34
3.3. LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO EN SALUD BUCAL (2003)	36

CAPÍTULO 4

LA SALUD BUCAL EN LA ACTUALIDAD: LA POLÍTICA BRASIL SONRIENTE	41
4.1. LA SALUD FAMILIAR COMO ENFOQUE ESTRATÉGICO PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN BÁSICA EN SALUD	42
4.2. AMPLIACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA: CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS Y LABORATORIOS REGIONALES DE PRÓTESIS DENTALES	48
4.3. FLUORACIÓN DEL AGUA DEL ABASTECIMIENTO PÚBLICO.....	49
4.4. INVERSIONES EN EL BRASIL SONRIENTE	50

REFERENCIAS.....	51
------------------	----

ANEXO

DIRECTRICES DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD BUCAL - BRASÍLIA, ENERO DE 2004.....	55
---	----

PREFACIO DE LA OPS

La propuesta de Política de Salud Bucal de Brasil, coherente con el refuerzo de los principios y directrices del Sistema Único de Salud - SUS, ha demandado su sistematización y difusión entre los interesados en salud pública de las Américas.

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la potencialización de los esfuerzos dirigidos a la mejoría del acceso, a la resolución de las demandas de salud, a la incitación a la participación social, además del subsidio para la disminución de las discrepancias significa trabajar en el apoyo pleno a las políticas y esfuerzos internacionales para mejorar la calidad de vida de la población.

Así, la OPS sigue acompañando las iniciativas brasileñas para el desarrollo de la salud, la prevención y el manejo de enfermedades que sean resolutivas y de calidad, que permitan cambios en el nivel de salud bucal de su población, con consecuencias positivas sobre su salud general.

Aunque todavía existan retos diversos, propios de un resultado en construcción, es muy notable el avance de este sector en relación a los procesos de gestión, inversión, organización y acceso a los servicios en el país. Por estos motivos, la OPS apoya la Política de Salud Bucal con mucho entusiasmo, pues cree que esta experiencia contribuye significativamente en el fortalecimiento de las iniciativas para la mejoría de los sistemas y servicios de salud bucal, no solamente en Brasil, sino también en los demás países de las Américas.

Horácio Toro Ocampo
Representante de OPS/Brasil

PREFACIO DEL MINISTERIO DE SALUD DE BRASIL

A la luz de diversas experiencias, cambios e innovaciones en los aspectos de gestión, organización y financiación de los servicios de salud, el Sistema Único de Salud (SUS) brasileño tiene como objetivo responder a los principios de universalidad, equidad, integralidad y participación social, conforme establecido en la Constitución Federal de 1988. En este contexto, se destacan las acciones dirigidas a la construcción de un eje articulador que fortalezca la capacidad de trabajar con problemas comunes y que aproxime la población a las definiciones que contribuyen a la mejora de la calidad de vida.

En este contexto, la implementación de la Política Nacional de Salud Bucal, titulada “Brasil Sorridente” (Brasil Sonriente), tiene como objetivo cambiar el foco de la atención en lo que se refiere a la salud bucal, con el fin de avanzar en la mejora de la organización del sistema de salud como un todo y proponiendo un modelo que se centre en las necesidades efectivas de salud de la población. Según sus postulados de acción, esta Política propone superar la desigualdad en salud por medio de la reorganización de la práctica asistencial y de la mejora de la calidad de los servicios ofrecidos.

Entendiendo la dimensión de tal desafío, el Ministerio de Salud de Brasil sigue trabajando en la ampliación de la atención y de la mejora de las condiciones de salud bucal de la población brasileña por medio de una facilitación del acceso a servicios odontológicos a personas de todas las edades y más oferta de servicios, asegurando la atención en los niveles secundario y terciario del área de salud bucal. El principio constitucional de la intersectorialidad orienta acciones de mejora de la calidad de los servicios de salud y de la humanización de las prácticas.

Esta publicación se elaboró con el objetivo de destacar la evolución histórica de la Política “Brasil Sorridente” y de localizarla dentro del contexto de la reforma del sistema de salud y de la atención primaria. Se trata, pues, de rescatar su proceso de construcción con el fin de que sea documentada y difundida en el escenario de la salud pública nacional e internacional.

Además, la publicación “La Política Nacional de Salud Bucal de Brasil: registro de una conquista histórica” tiene el objetivo de explicitar todos los hechos principales que hicieron parte de esa conquista en salud bucal dentro del escenario sanitario brasileño. Al colectivizar esta realidad dentro del país, se espera un acercamiento a la percepción brasileña y de los otros países de las Américas, permitiendo extender la discusión sobre este tema.

José Saraiva Felipe
Ministro de Estado de la Salud

PRESENTACIÓN

La salud bucal ha reflejado, a lo largo de sus años de actuación, la reproducción de prácticas preponderantes de asistencia a la salud con escasa capacidad para evaluar los principales problemas de la población. Con el propósito de revertir la situación precaria en la que esa población vivió, restringida en el ejercicio de su ciudadanía durante décadas, se propuso la Política de Salud Bucal de Brasil, la cual aportó resultados favorables y visibles en pro de la mejoría de las condiciones de vida.

Durante el período anterior a la ejecución de esta Política, se consumaron varios movimientos de expertos en el área, comprometidos con el cambio del panorama existente hasta entonces, además de la propia sociedad, la cual se volvió más activa y exigente de sus derechos. Los resultados de este proceso se ubican en todo el territorio nacional, enfatizando que la decisión de ampliar el acceso, la calidad y propiciar la totalidad de los servicios de salud bucal representa el camino correcto para la reducción de las desigualdades en el país.

De este modo, la Política del Brasil Sonriente surge como una opción para mejorar la atención sanitaria de todos los brasileños, posibilitando la ejecución de acciones conjuntas, pues las demandas de salud bucal y de enfermedades sistémicas no tienen fronteras y apoyar la salud bucal significa apoyar la salud general.

Consciente de la dimensión del desafío, el Ministerio de Salud en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud, promueve la socialización del registro de todo el proceso de elaboración de la Política de Salud Bucal, como un medio de estimular a toda la población para que conozca y haga parte de tal conquista, ganando conciencia de su papel fundamental en el encadenamiento de este proceso.

La preparación de esta publicación buscó, asimismo, la inclusión de los registros anteriormente existentes de los momentos históricos, así como estudios ya realizados sobre la situación de la salud bucal en los diferentes momentos políticos brasileños. Su objetivo fue el de sistematizar un repaso que pudiera ofrecer el panorama de la elaboración de la Política Brasil Sonriente, y donde se han consultado, para eso, algunos de los principales autores en el área, con referencias al final del texto.

Esperamos poder compartir esta conquista histórica, invitando a todos a comprometerse con el alcance de la eficiencia y la conquista de la salud bucal y de la calidad de vida como un derecho ciudadano.

Gilberto Pucca

Coordinador Nacional de Salud Bucal

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

La salud bucal se encuentra estrechamente asociada con la evolución de las políticas de salud de antes y después de la Reforma Sanitaria brasileña, además de las directrices norteamericanas para la organización del servicio en el área. Es decir, para percibirla, hay que rescatar el desarrollo de las políticas de salud pública en Brasil, o la manera en la cual los EEUU han influido en el plan de las acciones odontológicas en el país.

Desde el punto de vista histórico, las corrientes de transformación de las prácticas sanitarias ocurrieron como resultado de la manera de responder del Estado, por medio de acciones en el área de la salud, a los cambios sociales, a las necesidades y a los problemas de salud de la población. De esta manera, el ámbito de la salud se adapta a los contextos sociales, políticos y culturales de cada época. Esa afirmación de Paim y Almeida Filho (1998) se ilustra en el marco de la Proclamación de la República en Brasil en 1889, cuando se inauguró un estándar de coyuntura de la formación social brasileña con sociedades capitalistas avanzadas, en lo cual se vigorizó la economía exportadora capitalista del café y, correspondientemente, la necesidad de políticas públicas orientadas hacia la preservación de la fuerza de trabajo. Eso significa una organización sanitaria basada en el arraigo de la inserción de la economía brasileña en el ámbito del capitalismo mundial.

Las prácticas sanitarias de esa época estaban enfocadas sobretudo al control del conjunto de enfermedades que amenazaban el mantenimiento de la fuerza de trabajo y el avance de las actividades capitalistas en la ciudad y otras áreas del campo. Su objetivo, al contrario de proteger la totalidad de los habitantes del país o de recobrar la salud de los hombres fue, básicamente utilitario, definiéndose por el interés de grupos dominantes internos o por la expansión del capitalismo a escala internacional (COSTA, 1986). La salud pública de entonces, se instrumentalizó para luchar contra los estorbos que determinadas enfermedades presentaban para el desarrollo de la producción. A partir de ese momento comenzó la creación de modelos institucionales de práctica sanitaria conducidos por los más avanzados conocimientos desplegados en el campo médico y sanitario en los países capitalistas centrales (como Alemania y Francia en Europa o EEUU en América del Norte), basándose en los descubrimientos en microbiología y bacteriología.

A mediados de la década de 1910, la población urbana quedó amenazada por la penuria, por el crecimiento de la miseria, así como por el agravamiento de las condiciones de vida y de transporte. La crisis social se profundizó bastante y la ocurrencia de la epidemia de la gripe española, en 1918, provocó una profunda crisis sanitaria, debido a las difíciles condiciones bajo las cuales se realizó la industrialización y la urbanización del país (COSTA, 1986). Esa situación definió el comienzo de un proceso social de cambio en el que la economía de Brasil, anteriormente orientada hacia el saneamiento del espacio de circulación de las mercancías por medio de medidas vacúnales en masa, pasó a caracterizarse después de 1920 por una economía industrial, voltada hacia el individuo, manteniendo y devolviéndole su capacidad productiva (MENDES, 1994).

El período que va de 1930 hasta 1945, como fue comentado por Mendes (1994) constituye el comienzo de la Seguridad Social brasileña, en la que sobresale la doctrina del seguro, la orientación economizadora de los gastos y la organización de los Institutos de Jubilación y Pensiones (IAPs), estructurados bajo categorías profesionales. La asistencia médica, en esa época, se volvió secundaria y provisoria. Con el avance del proceso de industrialización, ocurrido después de 1950, hubo un desplazamiento del polo dinámico de la economía hacia los centros urbanos, generando una masa operaria que debería ser asistida por el sistema de salud. De esa manera, los IAPs se concentraron y terminaron por ser remplazados por el Instituto Nacional de Seguridad Social (Instituto Nacional da Previdência Social - INPS) en el año 1966 con la intención de uniformizar los beneficios.

Tal situación ha configurado un cuadro de exclusión, de desigualdad y de escasos recursos, ya que tan sólo los trabajadores del comercio, de la industria y del sector agrícola-ganadero contribuían y tenían derecho a los servicios de salud. Del mismo modo en el año de 1977 se impuso la hegemonía del modelo médico-asistencial, resultando por una parte en la inversión por parte del Estado en el sector privado nacional, el cual ofrecía la componente médica, y por otra parte, del sector privado internacional, que ofrecía los equipos, fortaleciendo así la reproducción de una universalización excluyente, con la consecuente expansión del sistema de salud seguida por la exclusión de los individuos de las clases medias y de los trabajadores que no se encuadraban en los sectores arriba descritos. El enfoque predominante en este marco es el curativo, individual, médico-hospitalario y centralizado. Con el problema de la exclusión de la mayoría de la población, en el año de 1978, se demostró la necesidad de desarrollar y expandir una modalidad asistencial de bajo coste para los contingentes de la población excluida por el modelo médico-asistencial privatista, sobretudo para los que vivían en las periferias de las ciudades y en las áreas rurales. Surgió en aquel tiempo la idea de la

medicina simplificada para las poblaciones marginalizadas, defendida por los movimientos contrarios a la hegemonía establecidos tras la propuesta internacional de los cuidados primarios, acordada en Alma-Ata. El proceso de redemocratización del país ocurrió tras este período de acentuada crisis económica y de la Seguridad Social (MENDES, 1994).

Fue con un concepto más amplio de salud que se ejecutó el informe final de la 8ª Conferencia Nacional de Salud en 1986, siguiendo la Reforma Sanitaria brasileña que tuvo como uno de sus principios la universalización de la salud como forma de superar el déficit de oferta de salud a la población (WERNECK, 1998). La cuestión de la reforma sanitaria y el de su papel en el establecimiento de un orden social democrático contribuyeron en la transformación de la política de salud. Estas cuestiones exigieron un cambio estructural y una política social capaz de acabar con la “deuda social histórica”. Con la Constitución de 1988, se ratificó la unión de los servicios institucionales de salud a través de la propuesta del Sistema Único de Salud (SUS) que aportó una nueva formulación política y organizacional para el reordenamiento de los servicios y acciones de salud, para los cuales establece la ejecución de actividades de promoción, protección y recuperación de la salud, basado en los principios doctrinarios de la universalidad, equidad e integridad (LUZ, 1991).

Estos instrumentos han definido un nuevo concepto ampliado de salud y han apuntado a las estrategias de organización y control de las acciones y servicios de salud, interconectando los sectores y buscando soluciones para las situaciones y problemas considerados determinantes del estado de salud de la población. Estos instrumentos han constituido asimismo la estructura legal de soporte del SUS, representando la responsabilidad del Estado en la atención a la salud de la población desde el punto de vista legal, con un propósito de descentralización, regionalización y jerarquización (WERNECK, 1994).

Inserto en el contexto general de las políticas públicas, el sub-sector de la salud bucal sufrió un proceso de institucionalización y una fase de participación en el marco político semejantes a aquellos por los que pasó la medicina. Por eso refleja en sus acciones una práctica asistencial excluidora, contra la cual se opone una fase de participación más activa junto a las raíces reformistas en el marco político. Esta participación pudo percibirse durante las elecciones directas para los gobiernos estaduais de 1982 y 1986 y para las alcaldías y asambleas legislativas en 1988, ocasiones en las que los dentistas comprometidos con la nueva realidad en el área de salud lograron insertarse en las coordinaciones municipales y estaduais del nuevo contexto político (SERRA, 1998).

■ 1.1. La institucionalización de la salud bucal en Brasil

Como ilustrado en la sección previa, la consolidación de los Estados Unidos (EEUU) como potencia en los comienzos del siglo XX tuvo como consecuencia el alejamiento de la atención de las prácticas odontológicas conducidas por los países europeos hacia aquellas ejecutadas por este país. Se destaca la práctica odontológica del sector privado que adoptaba los estándares asistenciales de la medicina, y que copiaba en su totalidad el modelo de enseñanza de la práctica odontológica de la escuela estadounidense, adoptado por las universidades brasileñas. Esta práctica, caracterizada como científicista o flexneriana, privilegiaba el individuo como objeto de la práctica y responsable por la salud. Serra (1998) atestigua que:

Otros elementos estructurales o ideológicos de esa práctica odontológica, según Mendes, apud Narvai (1994) fueron la biología (descartaba la causa social), el mecanicismo (analogía del cuerpo con la máquina), la centralización de los recursos (hospitales centrales, atención urbano-centrada), la especialización (segmentación del conocimiento), la tecnificación del acto (asociación de la calidad con la tecnología de elevada sofisticación), el énfasis en la práctica curativa (la cura incorporó más tecnología, por lo tanto, costos más elevados) y la exclusión de prácticas alternativas (objeción a priori de otros métodos).

Otra influencia de los EEUU tiene relación con las acciones de asistencia pública, reflejada en la diseminación de la política de higiene, que derivó en la higiene escolar (SCHLOSMAN, 1989), teniendo como reflejo la introducción de la odontología en las escuelas, siguiendo algunos años después los pasos de lo que había hecho la medicina (STARR, 1994). Proposiciones entorno a la salud escolar han florecido en Brasil después de mediados del siglo XIX y en 1889 surgió el primero decreto sobre higiene escolar, reglamentando la inspección de los establecimientos de enseñanza públicos y privados para identificar y proponer la exclusión del estudiante que sufriera de enfermedad transmisible, revacunar a los estudiantes y cuidar de todos aquellos que no pudieran tener en su hogar un tratamiento conveniente (BARBOSA apud LIMA, 1985). Los primeros pasos para la institucionalización de la higiene escolar en el país estuvieron directamente ligados a las ideas y los nombres de los intelectuales brasileños que planteaban modernizar la sociedad bajo los padrones europeos y americanos. Además había que

enseñar y moralizar para que nuevas prácticas de higiene pudiesen reducir las diarreas, la mortalidad infantil, el alcoholismo, la tuberculosis y la sífilis. Tales ideas se enlazaban con la lucha por la reforma de la República y la modernización del país (CARVALHO & LOUREIRO, 1997).

Al mismo tiempo, la odontología va a inserirse en la asistencia pública, cuando en 1912, tiene lugar la primera experiencia con la Fundación de las Clínicas Dentales Escolares por parte de Baltazar Vieira de Melo, en Sao Paulo (CARVALHO & LOUREIRO, 1997). A continuación se observa que el atendimento escolar en Brasil, hasta 1952, se reveló rudimental, esencialmente respecto a su planificación y al tipo de servicio ofrecido, caracterizado por la falta de evaluación, la ausencia de un sistema de trabajo y de técnicas uniformes, una preparación impropia de técnicos para ejecutar las tareas sanitarias, además del concepto individualista de la función, reproduciendo en el servicio público el mismo tipo de atención ofrecida en las clínicas privadas (WERNECK, 1994).

De este modo, el modelo de asistencia odontológica dominante que se mantuvo hasta la Constitución de 1988 era primordialmente de práctica privada, cubriendo la mayor parte de la población, y el seguro social, por medio de las Cajas de Jubilaciones y Pensiones (CAPs - a continuación, Institutos de Jubilaciones y Pensiones - IAPs), suplía solamente la asistencia dental a los trabajadores privados urbanos que estaban asegurados, contratando sin embargo, servicios profesionales privados. Es decir, la Seguridad Social todavía en sus comienzos, prestaba, bajo un régimen complementario, asistencia odontológica y médica a sus poblaciones restringidas, mientras que el Ministerio de la Salud se ocupaba de tales servicios solamente en algunas áreas con el propósito de sanear al ambiente. Algunas poblaciones, como las de la zona del caucho, eran asistidas por los Servicios Especiales de Salud Pública (Sesp). Este hecho definió el reparto histórico de las instituciones públicas de atención a la salud: seguridad y salud pública. Años más tarde, algunos Institutos de Seguridad pasaron a tener sus propios servicios, con un modelo basado en la libre demanda. La asistencia planeada, orientada a los estudiantes, introducida por el Sesp en el comienzo de la década de 50, rompió de alguna manera con la rigidez de la demanda espontánea del modelo hegemónico de atención odontológica, que mantuvo sin embargo las características flexnerianas (SERRA, 1998).

Con un gran número de enfermedades acumuladas y con el surgimiento de nuevas enfermedades de más grande complejidad, surgió la proposición del sistema productivista, con el designio de solucionar a esa demanda. Sin embargo, además de tener un coste elevado, tal sistema no surtió el efecto deseado aunque produjese un incremento de la productividad. En un intento de disminuir los gastos hubo una fragmentación de las

tareas (influenciada por el taylorismo) que se tradujo en la odontología simplificada. El reconocimiento del amplio surtido de afecciones y la incapacidad de los servicios para controlarlas dieron origen al sistema preventivista, cuya atención se voltaba a los más jóvenes. A partir de la aplicación de simplificación en la población más joven, libre aún de la caries, floreció la odontología integral que emplea la lógica del modelo preventivista, con la atención excluidora, voltada tan sólo a los más jóvenes, y la lógica del modelo incremental importado de los EEUU, en el que se prevenían las caries en los dientes molares permanentes de los niños, con un acompañamiento hasta una cierta edad para prevenir, exceptuándose los dientes deciduos (NARVAI, 1994).

La lógica del sistema incremental va a prever el cubrimiento gradual y ascendente desde las edades más bajas, fundamentado en el hecho epidemiológico según el cual la predominancia de caries en dientes permanentes va a ser menor en las edades más jóvenes, constituyéndose, por lo tanto, en el momento ideal para la intervención de acciones preventivas, curativas y pedagógicas. Como consecuencia la atención odontológica se volvió predominantemente hacia el grupo escolar, en un intento de bloquear la cadena epidemiológica, por medio de la prevención o proporcionando el tratamiento en los períodos iniciales de la enfermedad, para frenar su agravación y evitar así los gastos bastante mayores necesarios para contener lesiones más complejas (PINTO, 1993). La justificación para aplicar este modelo y continuar esta práctica odontológica en los estudiantes nació de la siguiente afirmación: al prevenirse la caries durante la infancia las personas se protegen para su vida adulta (SHEIHAM, 1992). El intento para solucionar los problemas brasileños importando el modelo estadounidense de sistema incremental de atención a las minorías sin tener en cuenta las profundas diferencias entre los dos países, en particular debido a que los problemas eran generales y no focales como en los EEUU, repercutió en que el sistema incremental no lograra formular ninguna estrategia universal para alcanzar a toda la población porque estaba enfocado únicamente a una población muy específica y no al conjunto de la población con riesgo de enfermedad. De ahí su carácter excluyente (NARVAI, 1994). Además, la odontología parece haber seguido un rumbo, mientras que el cuadro epidemiológico y las condiciones de vida han seguido otro, distinto y no paralelo, teniendo como consecuencia la oferta de servicios tan sólo a una pequeña parte de la población, manteniendo la particularidad de un sistema de exclusión (PINTO, 1993).

Este breve recorrido histórico de la institucionalización de la odontología demuestra el motivo por el cual la atención sanitaria en esta área está predominante dirigida a los estudiantes de la enseñanza primaria. Esta corriente permitió que el sistema incremen-

tal fuese aplicado durante cuatro décadas, repitiendo las actividades de atender tan sólo de urgencias a los adultos, debido al coste elevado de sus insumos, por el empleo de recursos humanos escasamente capacitados para actuar en el servicio público y a la planificación limitada al carácter normativo (por la ausencia de integración con todos los otros sectores). Este sistema, asentado en la base poblacional de mayor facilidad administrativa y de control para el servicio, que es la población infantil debidamente matriculada en la enseñanza primaria de la red pública de enseñanza, no permite la inclusión en el programa de toda la población situada bajo el grupo de edad escolar de 6 hasta los 14 años. Además, otros grupos de edad fueron omitidos o timidamente asistidos por los demás programas del sector. Suele percibirse que estos programas, en los servicios públicos, se definieron por la reproducción de la práctica liberal de la odontología. Así, se ha caracterizado por la predominancia de la individualidad, del tratamiento mutilador/restaurador y con un grado de resolución tremendamente bajo (WERNECK, 1994).

Durante los años 1990, se ha debatido el espacio escolar como un lugar exclusivo de atendimento de la salud bucal y se ha abierto el debate sobre otras perspectivas e estrategias de organización del trabajo odontológico. Nuevos conocimientos técnicos y científicos sobre enfermedades bucales y formas de intervención, cambios ocurridos en la distribución y manifestación de las enfermedades, además de los métodos alternativos de planificación de salud aplicados a la realidad odontológica, han permitido otras propuestas y modelos de organización de la práctica pública odontológica, lejos del espacio escolar (CARVALHO & LOUREIRO, 1997).

Según Zanetti (1996), pueden señalarse algunas líneas de acciones programáticas en el período de antes y después de la Reforma Sanitaria, conforme a los criterios de riesgo. Esas acciones representan algunas aplicaciones prácticas de trabajos de líneas más universales.

La primera de esas líneas se refiere a la programación centrada en unidades básicas de salud, con registros de haber ocurrido antes de la proposición de Reforma Sanitaria. Como ejemplo suele mencionarse la Fundación Hospitalaria del Distrito Federal, con una experiencia en programación normativa y centralizada, teniendo como referencia las clínicas odontológicas de las unidades de salud. Con el avance de la elaboración del SUS, se destacan las experiencias de las ciudades de São Paulo, Santos y Diadema, en el estado de São Paulo, o Ipatinga y Belo Horizonte, en el estado de Minas Gerais, entre otras. Este movimiento de “salida de las escuelas” ha servido para dejar patente que, si el espacio tradicional de las prácticas en salud bucal no logra salir al encuentro de

las corrientes de los nuevos tiempos, tampoco los demás elementos de programación, a saber: los dispositivos de garantía de acceso, los instrumentos de programación, la naturaleza de las prácticas, la dinámica de formulación, implementación, ejecución, control y evaluación; además del propio proceso de programación en Salud Bucal considerado globalmente.

La segunda línea aconteció en la ciudad de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, por medio de la formulación del Programa de Inversión con el apareamiento de la programación con énfasis preventivo total. Esa propuesta ha hecho que la atención curativa clásica y predominantemente restauradora perdiera la centralización programática en detrimento de la recién creada atención curativa “adecuadora”. En esta, la mayor finalidad del acto curativo va a ser la búsqueda por la estabilidad del “medio bucal” de los beneficiarios de los servicios, promovida a través de la extracción de los procesos infecciosos existentes para crear, al menos, las precondiciones biológicas para una mayor eficacia de la aplicación de los métodos preventivos unificados. Se crean así las precondiciones para una fuerte disminución en la ocurrencia de caries, lo que permite además del apreciable impacto epidemiológico, viabilizar la atención restauradora definitiva y el desarrollo de la cobertura.

La Inversión ha permitido que la limitada atención curativa asumiese el carácter preventivo avanzado, integrando cada vez más la práctica clínica. Sin embargo no logró potencializar la participación social ampliada ni el control social. Además de esto, la proposición de la Inversión no exhibió soluciones más orgánicas ni potencializadoras de los procesos de politización sanitaria históricamente pretendidos y más osados en términos de construcción de los Sistemas Locales de Salud en el SUS.

El desarrollo de una programación con énfasis en la promoción ha caracterizado la tercera línea, como consecuencia de los intentos de introducir la salud bucal colectiva en los Programas de Salud de la Familia (PSF). La formación del Distrito Sanitario en el extremo sur de la zona metropolitana de la ciudad de Curitiba, en el Estado de Paraná, se hizo un ejemplo popular de nivel nacional, en 1995. Allí la salud bucal colectiva pasó a participar de las actividades promocionales intradomiciliarias y emplear estas actividades para definir quien va a recibir atención (utilizando criterios de riesgo), y para organizar el flujo de acceso a la unidad básica de salud donde se desarrollan las acciones preventivas/promocionales y curativas de inversión.

La crítica más grande contra este modelo promisorio es que todavía existe una concentración de la atención preventiva en el espacio limitado de la unidad de salud, así como la falta de dispositivos que articulen la atención curativa a las acciones preventi-

vas/promocionales realizadas con la familia, potenciándolas. Otro ejemplo a señalar es la experiencia docente y asistencial desarrollada en las actividades del curso de Especialización en Odontología en Salud Colectiva de la UnB efectuadas en la ciudad satélite de Paranoá, Distrito Federal. Durante las mismas se organizó una práctica para visitar la vecindad no solamente con acciones promocionales, sino con acciones preventivas intradomiciliarias rutinarias. Sin embargo, tales acciones están lejos de la asistencia rutinaria de la red de servicios, lo que no permite pensar en una atención curativa con nuevas bases asistenciales más eficientes, más resueltas, más baratas, de elevado valor agregado y más humanizadas.

La cuarta línea programática se centra en los programas de vigilancia de la calidad de la fluoración del agua del abastecimiento de poblaciones. Los primeros programas de vigilancia bajo el principio de “heterocontrol” y no por formalidad, van a surgir en las ciudades de São Paulo y Santos, estado de São Paulo, con los gobiernos democráticos y populares elegidos en 1988, con el objetivo de monitorear a la calidad de la fluoración suministrada por la compañía estadual que servía a las dos ciudades. Esa idea original se ha esparcido por el país. Mientras tanto, tal como el SUS de Santos en el Estado de São Paulo, los intentos de comunicación de la calidad de la fluoración de las aguas van a depender casi únicamente de las decisiones interiores de los órganos del estado. Como resultado, van a estar sometidos a las desarticulaciones por razones políticas y partidarias. Una propuesta para mitigar esa debilidad sería la de desarrollar las bases políticas de estos programas. Es el caso de efectuar comunitariamente la colecta de muestras de agua, aunque desde el punto de vista técnico no se justifique, con el fin de incluir paulatinamente, no solamente a los consejeros locales de salud, sino a otros actores sociales. De esto modo, se va a lograr esparcir la curiosidad y las informaciones sobre la calidad de fluoración, incrementándose el control social y, como consecuencia, la base política de soporte a este tipo de programa.

Garrafa (1994) afirma que, aunque la odontología haya llegado al final del siglo XX avasallando la intimididad de las enfermedades más frecuentes del área estomatológica (principalmente la caries y la afección periodontal), además de las medidas técnicas colectivas adecuadas para prevenirlas y curarlas, continuó recorriendo de manera obstinada una vía individual y de sentido único que ha beneficiado meramente a unas pocas personas que pueden pagarla. No obstante, la creación del Sistema Único de Salud aportó un grande avance social y político: su armadura legal e institucional definió nuevas atribuciones para los niveles de gobierno federal, estadual y municipal; creó nuevos espacios para la participación de la comunidad y de las entidades de la sociedad

civil y estableció nuevas relaciones entre las esferas administrativas de gobierno y las instituciones del sector. Como resultado, la búsqueda de respuestas para el desafío político-sanitario del SUS originó una cadena de opciones programáticas que, en algunos aspectos, han destrozado el modelo de programación planteado por el Sesp (ZANETTI et al, 1996).

CAPÍTULO 2

LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA ELABORACIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD BUCAL

La participación es uno de los elementos articuladores de las políticas públicas en el Brasil democrático. La Constitución de 1988 estableció principios participativos en la organización del Estado brasileño, destacándose, entre ellos, la participación de la sociedad civil en el debate sobre las políticas públicas relativas a la salud (PNUD, 2004). Junto con el control social, la participación constituye una parte esencial de un gobierno asentado en la democracia, ya que para la población constituye el modo de fijar las líneas maestras que han de seguirse y así fiscaliza el trabajo del Estado, en la búsqueda por el bien común.

De esa manera, para que el sistema de salud brasileño fuera implantado, debería incluirse el ejercicio regular de los consejos de salud y la realización cada cuatro años de conferencias de salud en los tres niveles de gobierno, como instancias para el ejercicio de la participación y del control social. Actualmente se crearon consejos de salud en 99% de los municipios y en todos los estados en los cuales participan usuarios (50% de los miembros de los consejos y coloquios), trabajadores de salud, proveedores y administradores públicos (OPS, 2005).

En este contexto, el objetivo básico de las conferencias es el de efectuar un balance general de la situación de salud, mostrando errores y aciertos y sobre todo, el de alcanzar un consenso sobre las medidas y líneas de acción para la solución de los problemas que afectan a la población. Las Conferencias Nacionales de Salud (CNS) de Brasil acumulan seis décadas de discusiones y proposiciones en salud pública, con una vasta participación de distintos ministerios, representantes del Congreso Nacional, responsables sanitarios de los niveles federal, estadual y municipal, representantes de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y de la comunidad. Estos se constituyen en foros de debate, contando siempre con una vasta participación y aprobación de informes finales sometidos a discusión nacional. Durante este proceso la conducción del “movimiento sanitario” creció y ganó consistencia, avanzando en la obtención de conocimiento, la crítica a la salud vigente y la denuncia de las condiciones sanitarias de la población. Su importancia

política fue reconocida y sus proposiciones han conquistado un espacio de expresión en la mejoría de la calidad de vida de la población (SCARPONI, 2005).

Durante la década de 1980, pueden destacarse dos CNS por haber sobresalido en sus textos el sector de la salud bucal en Brasil.

La primera fue la 7ª Conferencia Nacional de Salud que abrió las puertas a la introducción de la odontología en un programa nacional de salud, señalando el modelo de odontología propuesto hasta entonces como inefectivo, ineficaz, mal distribuido, de baja cobertura, con enfoque curativo, de carácter mercantilista y monopolista, de recursos humanos inadecuadamente capacitados. Durante la 8ª Conferencia Nacional de Salud, el movimiento político sanitario odontológico respaldó las directrices del Movimiento de la Reforma Sanitaria y un proyecto contra la hegemonía en las ramas política, ideológica e institucional (SERRA, 1998).

Hay que decir que, siguiendo el carácter interactivo de las CNS, las Conferencias Nacionales de Salud Bucal ya realizadas han contado con la participación de miles de personas de todos los ámbitos del gobierno. Ellas han marcado la historia de la salud bucal en Brasil por contribuir con discusiones oportunas y por presentar proposiciones, tanto de corto, como de medio y largo plazo, con vistas a alcanzar una salud bucal digna y con calidad para todos los brasileños. A partir de sus decisiones fue posible aprovechar los entornos políticos para implementar los dispositivos correctos de cumplimiento efectivo de sus proposiciones, así como para rediseñar el escenario de la salud bucal, como se verá a continuación.

2.1. 1ª Conferencia Nacional de Salud Bucal (1ª CNSB)

La realización de la 1ª Conferencia Nacional de Salud Bucal consagró los principios amparados por todos aquellos que se han esforzado a lo largo de más de tres décadas en cambiar el modelo dominante de asistencia odontológica. Realizada del 10 al 12 octubre 1986, en Brasilia/Distrito Federal, como parte integrante de la 8ª Conferencia Nacional de la Salud, la Conferencia contó con más de mil participantes, corolario de todo un proceso de discusión que empezó en la totalidad de los estados brasileños, por medio de la realización de pre-conferencias que recibieron a una presencia significativa de segmentos de la población y de la clase odontológica. De manera democrática, la 1ª CNSB ha dibujado la posición de los participantes - CDs, THDs, ACDs, usuarios y académicos - representando ABO, CFO, FNO, CUT, CGT, CONAM, CONTAG, UNE y UNEO, lo que ha permitido la legitimidad de la posición y de la responsabilidad del sub-sector con la

Reforma Sanitaria Brasileña. Como resultado, se redactó un documento de referencia para las decisiones y definiciones de la asistencia a la salud bucal en todo el País. Zanetti (1996) comenta:

En toda la historia de la odontología brasileña, no hay registro de momento semejante, desde el punto de vista democrático, en el que se haya debatido y abierto a la problemática de la salud bucal de la población de una manera tan pluralista. De esa vez, no se trataba simplemente de una tertulia restringida de Cirujanos Dentistas. LA POBLACIÓN, la principal interesada en el tema, también estaba presente, participando y manifestándose.

Cuatro grandes temas han centralizado las discusiones de la 1ª CNSB: La Salud como Derecho de Todos y Deber del Estado, Diagnóstico de Salud Bucal en Brasil, Reforma Sanitaria: Introducción de la Odontología en el Sistema Único de Salud e Inversión del Sector de Salud Bucal.

Las conclusiones de la 1ª Conferencia han establecido una elaboración democrática y progresista de la salud bucal, realizada por la odontología y por la sociedad civil organizada del país. Tales conclusiones han señalado el comienzo de una maduración social, técnica y política, con la responsabilidad en la lucha contra los índices epidemiológicos caóticos que se constataban en todo Brasil. Han aportado, asimismo, la cuestión de las prioridades y del enfrentamiento entre la “nueva” propuesta, incluida en el informe final de la 1ª CNSB, propensa a la universalización, y la “antigua” manera de planearse, definiendo, solamente bajo las bases epidemiológicas y a priori, pequeños segmentos de la población, como el público que se habría de cubrir por los programas que serían implantados.

El informe de la 1ª CNSB ha planteado una nueva manera de planificar la salud bucal. Una de las fallas apuntadas se ha relacionado con la representatividad de los beneficiarios, ya que tal representatividad se formaba en gran parte, por cirujanos dentistas, lo que ha mantenido una racionalidad técnica en el documento. Sin embargo, de la 1ª CNSB ha sobresalido una nueva actitud de la clase ante la sociedad al defender los principios y las directrices del Sistema Único de Salud.

■ 2.2. 2ª Conferencia Nacional de Salud Bucal (2ª CNSB)

La 2ª Conferencia Nacional de Salud Bucal tuvo lugar del 25 al 27 de septiembre de 1993 y contó con 792 delegados, siendo 388 representantes de usuarios y 404 de los otros segmentos (gobierno, expertos de salud y proveedores de servicios), elegidos en sus entidades nacionales y en 24 conferencias estatales que fueron precedidas por conferencias municipales. Por lo demás, más de 300 participantes registrados de todo el país se unieron a los delegados en las discusiones de grupo y en la reunión.

Después de la resolución de la 9ª Conferencia Nacional de Salud, la 2ª CNSB contó en su frente con entidades nacionales de odontología, del Ministerio de Salud, del Consejo Nacional de Salud, del Consejo Nacional de los Secretarios de Salud (CONASS), del Consejo Nacional de las Secretarías Municipales de Salud (CONASEMS) y de las representaciones nacionales de los usuarios.

Durante el evento, delegados y participantes expresaron su indignación con el proyecto neo-liberal vigente en Brasil, responsable por el desmonte del Estado, de la seguridad social y por el empeoramiento de las condiciones de vida. También percibieron que la Revisión Constitucional, que estaba siendo debatida en el Congreso Nacional, representaría, si fuera establecida, un duro golpe a las conquistas logradas con la Constitución en vigor. Bajo esa coyuntura nacional, se reivindicó la responsabilidad del gobierno y su compromiso social, en sus distintas esferas de actuación por la reversión del deficiente cuadro sanitario, incluyendo las enfermedades bucales.

Las discusiones de la 2ª Conferencia Nacional de Salud Bucal permitieron la aprobación de directrices y estrategias políticas para la salud bucal en Brasil, teniendo en cuenta la salud bucal como un derecho de ciudadanía, un nuevo modelo de atención en salud bucal, los recursos humanos, la inversión y el control social. La introducción de la salud bucal en el Sistema Único de Salud tendría el propósito de desmitificar a los modelos de los programas verticales y de las políticas todavía existentes que no tenían en cuenta la verdadera realidad. De esta manera, se aprobó que tal introducción fuese hecha a través de un proceso controlado por la sociedad (Consejos de Salud), descentralizado y donde se garantizaría la universalidad del acceso y la igualdad en la asistencia odontológica, asociadas a otras medidas de promoción de la salud de gran impacto social.

Los usuarios, representantes de la población organizada, dejaron claro que no renunciarían a su ciudadanía en salud bucal y que lucharían por ella. La implementación de las resoluciones de la 2ª Conferencia Nacional de Salud Bucal dependería del trabajo conjunto con los consejos de salud para ser transformadas en directrices políticas y, a

partir de ellas, se definirían las prioridades y programas locales; el trabajo con el Ministerio Público concerniente al deber del Estado de ofrecer la salud para que la Constitución fuera acatada; y el trabajo con los gobiernos estaduais y municipales para que la salud bucal fuera incluida entre las acciones de salud, entre otras cuestiones.

Puede decirse que la 2ª Conferencia Nacional de Salud Bucal fue una respuesta legítima de la sociedad civil organizada para rechazar una situación iatrogénica, excluyente e ineficaz.

Los participantes de la 2ª CNSB presentaron sus conclusiones a la sociedad brasileña en general, a las autoridades de salud, a los expertos y proveedores de salud, a los dirigentes municipales, estaduais y federales, a las distintas instituciones del poder público en Brasil y a los distintos órganos internacionales de salud.

2.3. 3ª Conferencia Nacional de Salud Bucal (3ª CNSB)

Con el objetivo de tener la oportunidad de ampliar la participación de la población en el análisis de la formulación y ejecución de la Política Nacional de Salud Bucal, se realizó del 29 de julio al 1º de agosto de 2004, la 3ª Conferencia Nacional de Salud Bucal, más de diez años después de la 2ª Conferencia Nacional de Salud Bucal. La 3ª CNSB representó la detonación de un proceso ascendiente de discusión, con articulaciones intersectoriales en las esferas del gobierno y acciones integradas de la sociedad civil y movimientos populares, teniendo como referencia la salud bucal de las poblaciones como indicador de la calidad de vida de las personas y colectividades, en la que unas 90 mil personas participaron directamente en las etapas municipal e estadual, finalizando en la etapa nacional en la que participaron unas 1.200 personas (entre usuarios, trabajadores, proveedores y administradores de la salud).

El tema central de la 3ª CNSB, Salud bucal: acceso y calidad, superando la exclusión social, fue debatido a partir de cuatro ejes temáticos: 1) Educación y Construcción de la Ciudadanía; 2) Control Social, Gestión Participativa y Salud Bucal; 3) Formación y Trabajo en Salud Bucal; 4) Inversión y Organización de la Atención en Salud Bucal.

En el contexto de la Conferencia, se resaltaron las discrepancias sociales y la exclusión de una parcela significativa de la población del acceso a los más elementares derechos sociales. La baja escolaridad, la baja renta, la falta de trabajo y la mala calidad de vida engendra efectos devastadores sobre la salud bucal, originando dolores, infecciones, sufrimientos físicos y psicológicos. Por tal razón, el profundo enfrentamiento de los problemas en esa área demanda más que acciones asistenciales desarrolladas por expertos

competentes - requiere políticas intersectoriales, una mezcla de acciones preventivas, curativas y de rehabilitación, además del enfoque de promoción de la salud, la universalización del acceso, la responsabilidad pública de todos los segmentos sociales y sobre todo, del compromiso del Estado con instituciones representativas de las tres esferas de gobierno, como estipula manifiestamente la Constitución de la República.

Así, las condiciones de salud bucal y el estado de los dientes fueron considerados señales de exclusión social y de las precarias condiciones de vida de millones de personas en todo el país, debido a los problemas de salud localizados en la boca o por las dificultades de acceso a los servicios asistenciales. En este marco, los desafíos a los que se enfrentaban los participantes de la 3ª CNSB tenían como propósito identificar los principales problemas del país en el área de salud bucal, descubrir los medios y recursos destinados a definir las estrategias para superarlos.

El Informe Final de la 3ª CNSB fue aprobado en sucesivas sesiones plenarias por 803 delegados elegidos para la etapa nacional, durante las conferencias nacionales de salud bucal de los 26 Estados y del Distrito Federal. Esos delegados (447 representantes de los usuarios de los servicios de salud; 228 representando a los trabajadores de salud; y 208 representando a los administradores y proveedores de servicios de salud) analizaron las proposiciones provenientes de todo el país resultantes de las 2.542 conferencias municipales o regionales sobre salud bucal y de las 27 conferencias correspondientes a la etapa estadual, de las cuales resultó un volumen de 651 páginas. El documento-referencia sometido a discusión en la etapa nacional fue un resumen del volumen mencionado y, de este esfuerzo de construcción colectiva de nuevos rumbos para la política nacional de salud bucal, resultaron las proposiciones para orientar las decisiones de la sociedad y del Estado brasileño, de manera tal que logren producir los cambios necesarios para garantizar a todos el acceso a las acciones y a servicios de salud bucal de calidad.

CAPÍTULO 3

RETRATO DE LA SITUACIÓN DE SALUD BUCAL DE LA POBLACIÓN BRASILEÑA: LEVANTAMIENTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Brasil es descrito frecuentemente como un país de elevados índices de prevalencia de enfermedades bucales, particularmente caries dentaria y enfermedad periodontal. Se trata de un país que presenta un cuadro de morbo-mortalidad típico de países con grandes diferencias sociales y, por lo tanto, con una elevada concentración de renta, sumado con una actuación insuficiente del Estado en el combate a tales desigualdades (RONCALLI, acceso en 2005).

Entendiéndose que las necesidades de tratamiento serían de tamaño magnitud que imposibilitarían el éxito de cualquier proposición odontológica de solución en masa, se consideraba que no serían necesarios levantamientos más exactos, ya que bastaba saber que el problema era colosal. Con base en tal enfoque, la planificación del trabajo odontológico podría prescindir de datos globales, ya que claramente no tendrían validez práctica. Hay que añadir a este cuadro las incuestionables dificultades de naturaleza operacional y financiera que confrontaban todos aquellos que pretendían conocer los niveles reales de salud bucal de un país de las dimensiones brasileñas (BRASIL, 1988).

Así, la salud bucal se convirtió el reflejo de ese contexto, con la agravante de, históricamente, presentar un defectuoso sistema de oferta de servicios odontológicos, además de la práctica odontológica iatrogénica y mutiladora, contribuyendo así para la creciente pérdida de dientes.

En el ámbito internacional, varios países, como Inglaterra y los países Nórdicos, contaban con bases de datos de caries dental desde las primeras décadas del siglo XX. En Brasil, el primer levantamiento de salud bucal en nivel nacional es de 1986, llevado a cabo por el Ministerio de Salud. Otros levantamientos en nivel nacional fueron conducidos por el Ministerio, en asociación con entidades de clase y las secretarías municipales y estaduais de salud, en 1996 y 2003, cuando se concluyó el Proyecto SB Brasil, lo más grande y más completo levantamiento en salud bucal que se realizó en el país. Se van a detallar a continuación esos levantamientos.

■ 3.1. Levantamiento epidemiológico en salud bucal (1986)

Este estudio, que fue el primero del área de salud bucal en nivel nacional, proporcionó informaciones sobre problemas epidemiológicos básicos de la población urbana. Para su ejecución, pueden destacarse tres argumentos principales que han conducido, finalmente, a la superación de los escollos mencionados anteriormente y a la efectuación del *Levantamiento epidemiológico en salud bucal* por parte del Ministerio de Salud, con el apoyo del Instituto de Planificación Económica y Social (IPEA) en 1986: primeramente, el reconocimiento que sólo con datos fidedignos sería posible desarrollar acciones preventivas, pedagógicas y curativas de la necesaria amplitud para el país; en segundo lugar, la realidad que la demanda de servicios odontológicos es limitada (también en los países con elevados índices de enfermedades bucales y servicios bien estructurados tan sólo algunas personas con esos problemas buscan asistencia por año), atribuyendo al sector público el cubrimiento total de los grupos más necesitados desde el punto de vista epidemiológico y económico; y, en tercer lugar, la posibilidad, en aquel momento, cada vez más inmediata y concreta, del establecimiento de un programa nacional de salud pública en odontología, para el que esas contribuciones serían fundamentales (BRASIL, 1988).

La escasez de recursos disponibles tornó cuestiones como la definición de la población-objeto y el elenco de problemas a ser estudiados cruciales. La opción final fue realizar un levantamiento epidemiológico restringido a la zona urbana de 16 capitales seleccionadas como representativas de un total de 27, con datos para las cinco macro-regiones, según los segmentos de renta familiar, analizándose la prevalencia de la caries dental, de las enfermedades periodontales, de las necesidades y la presencia de prótesis total y de la búsqueda de servicios odontológicos. Se consideraron diez grupos de edad para efectos del levantamiento sobre caries dental y la búsqueda de servicios: de 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12 años; de 15 hasta 19 años; de 35 hasta 44 años y de 50 hasta 59 años.

La elección de tales grupos siguió criterios de exacta prioridad epidemiológica, como en el caso del grupo de 6 a 12 años, y la posibilidad de comparación internacional, según las metas de salud bucal fijadas por la Federación Dentaria Internacional (FDI) y por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que estableció los índices que se deberán alcanzar antes del año 2000 para las edades consideradas. Hubo una modificación en el segmento de mayor edad que suele abarcar a las personas de 60 años o más, o específicamente de 65 años, en los países industrializados. Para Brasil, conforme a la esperanza de vida al nacer que es promedio de 65,5 años para mujeres y de 61,3 años para hombres (datos

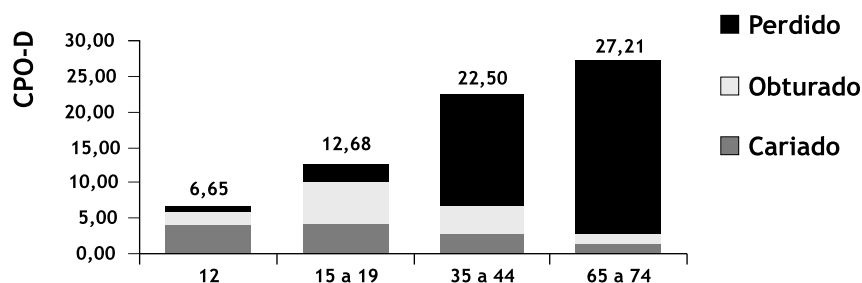
del período de 1975-80), se ha considerado el grupo de 50-59 años como el más representativo y válido en términos de programación de actividades.

Se ha comprobado claramente los altos índices de caries en niños brasileños, uno de los más grandes CPO-D (índice que mide el número medio de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados) del mundo en este período entre todas las edades analizadas. El CPO-D promedio ha evolucionado de 1,25 a los 6 años a 3,61 a los 9 años, logrando 6,65 a los 12 años. Interviniendo como una fuerte desventaja de este escenario, la composición del índice presentaba que: 60% de los dientes estaban cariados; 6% con extracción indicada; 5% extraídos y solamente 29% obturados, según datos del grupo de 6 a 12 años de edad.

El continuo crecimiento del índice CPO-D - 12,7 de los 15 a los 19 años; 22,5 de los 35 a los 44 años y 27,2 de los 50 a los 59 años (Gráfico 3.1) - se ha dado esencialmente como resultado del incremento de la contribución en el índice del componente correspondiente a los dientes extraídos:

- solamente 40% de las personas de 18 años presentaban todos los dientes;
- más de 72% de la población urbana estudiada, de 50 a 59 años, ya había extraído todos los dientes en al menos un maxilar;
- en el grupo de 35 a 44 años, cuatro de diez personas necesitaban de soporte protectorio, reduciéndose a 1,7% en el grupo de 15 a 19 años.

Gráfico 3.1 – Médias del CPO-D y participación de los componentes de acuerdo con la edad. Brasil, 1986



Fuente: banco de datos del levantamiento epidemiológico - Brasil, zona urbana, 1986

En relación a la enfermedad periodontal, menos de 29% de los adolescentes y poco más de 5% de los adultos presentaban encías sanas. Entre las personas de 50 a 59 años solamente 1,33% presentaban encías sanas.

Algunos de los datos sobre la caries dental y la condición periodontal de los diferentes grupos de edad obtenidos en el levantamiento epidemiológico de 1986 se encuentran resumidos en el Cuadro 3.1.

Cuadro 3.1 – Datos del levantamiento epidemiológico en salud bucal. Brasil, 1986

Levantamiento epidemiológico en salud bucal: Brasil, zona urbana, 1986			
Muestra	25.407 personas en 16 municipios		
Problemas levantados e informaciones obtenidas	Caries dental, enfermedades periodontales, uso y necesidad de prótesis total, acceso a los servicios odontológicos, evaluación socio-económica		
Edad	Promedio del índice CPO-D	Porcentaje de contribución del componente <i>Perdido</i> en el CPO-D	Porcentaje de individuos con periodonto sano
12 años	6,65	6,64% +6,54	-
15 a 19 años	12,68	15,20%	28,76
35 a 44 años	22,5	66,48%	5,38
65 a 74 años	27,21	85,97%	1,33

Fuente: Brasil (1988)

■ 3.2. Levantamiento epidemiológico en salud bucal (1996)

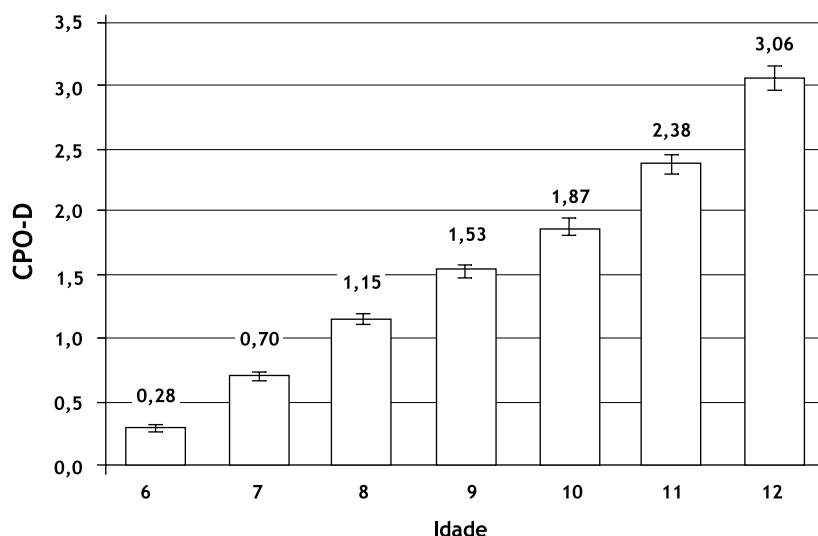
Diez años después del primero levantamiento epidemiológico en nivel nacional, el Ministerio de Salud realizó, en parceria con la Asociación Brasileña de Odontología (ABO), el Consejo Federal de Odontología (CFO) y las secretarías estaduais y municipales de salud, el Segundo Levantamiento en Salud Bucal, con el objetivo de confrontar los cambios ocurridos en el perfil de la población brasileña. El levantamiento se realizó únicamente en el ámbito de caries dental en los niños de 6 a 12 años de las escuelas públicas y particulares en todas las 27 capitales y Distrito Federal, objetivando una referencia para el desarrollo de las acciones preventivas del SUS. Se tenía la intención de llevar a cabo

una segunda etapa en la que estaría incluida la población adulta y otras enfermedades investigadas, pero no resultó hacerlo.

Las escuelas fueran seleccionadas de forma aleatoria, en cada capital, con una escuela de la periferia (pública), una escuela de barrio (pública) y dos escuelas en el centro, una particular y otra pública. Se levantaron en total cuarenta estudiantes con edades de 6 a 12 años en, al menos, cuatro escuelas de cada capital, logrando así 1.120 por municipio, totalizando 30.240 en todo el país.

Como resultado se percibió que el CPO-D promedio creció de 0,28 a los 6 años a 1,53 a los 9 años, alcanzando 3,06 a los 12 años (Gráfico 3.2 y Cuadro 3.2). Los niños de 12 años en las capitales de la región Norte presentaban un CPO-D de 4,27 mientras que en las capitales de las regiones Sur y Sudeste presentaban un CPO-D de 2,41 y 2,06 respectivamente, patentizando diferencias regionales considerables (DATASUS, acceso en 2005).

Gráfico 3.2 – Médias e intervalos de confianza (95%) de acuerdo con la edad. Brasil, 1996



Fuente: RONCALLI, A.G., 1998

Cuadro 3.2 – Datos del levantamiento epidemiológico en salud bucal. Brasil, 1996

Levantamiento epidemiológico sobre Salud Bucal (1996) - Caries dental		
Muestra	30.240 personas en 27 municipios	
Problema levantado e información obtenida	Caries dental	
Edad	Promedio del índice CPO-D	Porcentaje de contribución del componente <i>Perdido</i> en el CPO-D
12 años	3,06	9,42%

Fuente: Brasil (1996)

■ 3.3. Levantamiento epidemiológico en salud bucal (2003)

Ante la necesidad de obtener los datos epidemiológicos en salud bucal necesarios para evaluar los principales agravios en distintos grupos de edad, sea en la población urbana, o en la rural, el Ministerio de la Salud empezó en 2000 una discusión referente al tema que ha dado lugar a un sub-comité responsable por la elaboración y el apoyo en la ejecución del Proyecto identificado como SB Brasil: Condiciones de la Salud Bucal en la Población Brasileña. Además de fundamentar la preparación de las Directrices de la Política Nacional de Salud Bucal desde el punto de vista epidemiológico y subvencionar acciones para el fortalecimiento de la gestión de los servicios públicos en salud bucal en las distintas esferas del gobierno, este estudio ha permitido un análisis comparativo de los datos nacionales con los datos de otros países y con las metas de la OMS para 2000.

Ese proyecto contó con la participación de varias instituciones y entidades odontológicas - Consejos Federal y Regionales de Odontología, Asociación Brasileña de Odontología y sus departamentos regionales, facultades de odontología, además del valioso apoyo de las secretarías estaduais y municipales de salud. Alrededor de 2 mil trabajadores (cirujanos dentistas, asistentes y agentes de salud, entre otros) de 250 municipios estuvieron involucrados en la elaboración del estudio. Sin considerar los ajustes necesarios con vistas a la ampliación de las tasas para la población en general, la muestra obtenida permite la elaboración de estimaciones según las principales variables de estratificación previstas en el proyecto. La muestra de la investigación reconsidera los datos típicos por macro-región de Estado y por tamaño poblacional de las ciudades involucradas, además del propio municipio para algunos agravios y grupos de edad (BRASIL, 2003).

Para la validación de la metodología y de los instrumentos diseñados para este estudio, se ha realizado en 2001 un estudio piloto en dos ciudades de distintos tamaños poblacionales - Canela, en el Estado de Rio Grande del Sur y Diadema, en el Estado de São Paulo. En seguida se llevó a cabo el sorteo de los municipios que serían usados para la muestra, realizándose en 2002 y 2003, después del entrenamiento y calibración de los equipos, el trabajo de campo, con la realización de los exámenes y levantamientos. El Cuadro 3.3 señala las principales características metodológicas del Proyecto SB Brasil.

En total se han examinado 108.921 personas, entre niños (18 a 36 meses, 5 y 12 años), adolescentes (15 a 19 años), adultos (35 a 44 años) y ancianos (65 a 74 años) en zonas urbanas y rurales de 250 municipios brasileños (50 por Macro-región).

Además de producir informaciones sobre las principales enfermedades bucales, condiciones socio-económicas, acceso a servicios y auto-percepción en salud bucal, SB Brasil fue responsable por el entrenamiento y la instrucción de unos 2 mil expertos, entre monitores de calibración, coordinadores municipales, examinadores y anotadores, difundiendo y consolidando la práctica de la planificación-evaluación de las acciones y servicios de salud a partir de datos epidemiológicos.

Cuadro 3.3 – Principales características metodológicas del Proyecto SB Brasil

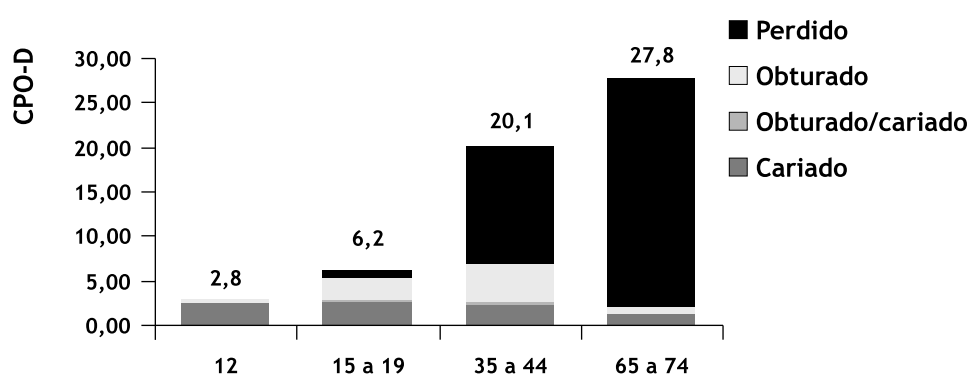
Asunto	Descripción
Edades-índice y grupos de edad levantados	Basados en la propuesta de la OMS, con la inclusión de otros grupos relevantes. En total se utilizaron 6 edades como índice y grupos de edad: 18 a 36 meses, 5 años, 12 años, 15 a 19 años, 35 a 44 años y 65 a 74 años.
Pre-estratificación	Macro-regiones brasileñas (Norte, Nordeste, Sureste, Sur y Centro-Oeste) y tamaño poblacional (hasta 5 mil habitantes, de 5 a 10 mil, de 10 a 50 mil, de 50 a 100 mil y más de 100 mil habitantes). En total se investigaron 250 municipios, 50 en cada región, siendo 10 de cada categoría de tamaño.
Puntos de colecta de datos	Escuelas y guarderías infantiles (20 por municipio) para 5 y 12 años. Para los adolescentes, adultos y ancianos, los exámenes se realizaron en las casas, teniendo las cuadras urbanas y/o pueblos rurales y los sectores censatarios como Unidades de Muestra Secundaria. Fueran sorteados 10 sectores por municipio de más de 50 mil habitantes.

Asunto	Descripción
Volumen de la muestra	Calculado de acuerdo con el promedio y con la desviación típica de la caries dental por región con corrección para el tamaño poblacional.
Entrenamiento y Calibración	Se adoptó la técnica del consenso, con cálculo de la concordancia porcentual y coeficiente Kappa para cada par de examinadores. Monitores entrenados por los coordinadores regionales llevaron a cabo el entrenamiento para cada equipo local. Se establecieron niveles de concordancia para cada agravio investigado.

Fuente: adaptado de RONCALLI et al. 2000

A pesar de la expresiva reducción de los niveles de caries dental en la población infantil brasileña en las dos últimas décadas, aún existen elevados índices de enfermedades bucales en algunos grupos poblacionales y gran parte de la población permanece sin asistencia. Los resultados revelaron que la caries ataca unos 14 dientes entre la adolescencia y la edad adulta (Gráfico 3.3).

Gráfico 3.3 – Medias de CPO-D y participación de los componentes conforme edad. Brasil, 2003



Fuente: Proyecto SB Brasil 2003: resultados principales (Brasil, 2003)

La enfermedad periodontal se ha mostrado elevada en todos los grupos de edad, con menos de 22% de la población adulta y menos de 8% de los ancianos presentando encías sanas. Comparándose los datos de edentulismo en nuestro país con las metas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2000 (Tabla 3.1), se percibe que Brasil se encuentra por debajo de tales metas, con a penas 10% de los ancianos con 20 o más dientes. La meta de la OMS se alcanzó solamente entre los niños de 12 años, sin embargo, la enfermedad de la caries en esa edad representa un grave problema de salud pública, con acentuadas diferencias macro-regionales y con cerca de 3/5 de los dientes afectados por la enfermedad sin tratamiento. Por lo que respecta a las demás metas, los resultados logrados se encuentran lejos de lo que estipulado por la OMS para el año 2000.

Tabla 3.1 – Comparación entre las metas de la OMS para el año 2000 y los resultados del SB Brasil 2003

EDAD	META DE LA OMS PARA 2000	SB Brasil
5 a 6 años	50% sin experiencia de cáries	40% sin experiencia de cárie
12 años	CPO-D $\leq$ 3,0	CPO-D = 2,78
18 años	80 % con todos los dientes	55% con todos los dientes
35 a 44 años	75% con 20 o más dientes	54% con 20 o más dientes
65 a 74 años	50% con 20 o más dientes	10% con 20 o más dientes

Fuente: Brasil, 2003.

El Cuadro 3.4 presenta los datos relativos a la caries dental y la situación de las encías en los distintos grupos de edad obtenidos en 2003.

Cuadro 3.4 – Datos del levantamiento epidemiológico en salud bucal. Brasil, 2003

Levantamiento sobre las condiciones de salud bucal en la población brasileña (2003)			
Muestra	108.921 personas en 250 municipios		
Problemas levantados e informaciones obtenidas	Caries dental, enfermedades periodontales, uso y necesidad de prótesis total, acceso a servicios odontológicos, evaluación socio-económica, fluorosis, mala oclusión, alteración del tejido blando, auto-percepción en salud bucal		
Edad	Promedio del índice CPO-D	Porcentaje de contribución del componente <i>Perdido</i> en el CPO-D	Porcentaje de individuos con periodonto sano
12 años	2,78	6,47	-
15 a 19 años	6,17	14,42	46,18
35 a 44 años	20,13	65,72	21,94
65 a 74 años	27,79	92,25	7,89

Fuente: Brasil, 2003.

Además de la incorporación de otros grupos de edad, el Proyecto SB Brasil 2003 también investigó informaciones sobre problemas que no fueron abordados anteriormente en ningún levantamiento. De entre ellos, se puede señalar la fluorosis y la mala oclusión.

Por lo que respecta a la prevalencia de fluorosis, fue detectada en cerca de 9% de los niños de 12 años y en 5% de los adolescentes de 15 a 19 años. Para los 12 años, los índices más elevados se detectaron en las regiones del Sudeste y del Sur (cerca de 12%), mientras que los más bajos se detectaron en las regiones Centro-Oeste y Nordeste (cerca de 4%). Por lo que respecta a la mala oclusión, los datos de prevalencia a los 5 años revelan problemas de oclusión moderados o severos en 14,5% de la población de esa edad, variando desde un mínimo de 5,6% en la región Norte hacia un máximo de 19,4% en la región Sur. La prevalencia de una condición oclusal muy severa o incapacitante fue de cerca de 21% en los niños de 12 años y de alrededor de 19% en adolescentes de 15 a 19 años.

La evaluación del acceso de la población a los servicios odontológicos registró que más de 13% de este grupo poblacional no fue en su vida al dentista. Entre la población adulta casi 3% no fue nunca al dentista y entre la población anciana, esta cifra llega casi a un 6%. En ambos grupos de edad, la región Nordeste ha presentado el mayor índice de personas que no fueron ninguna vez al dentista, mientras que la región Sur presentó los mejores valores en relación al acceso a servicios odontológicos.

CAPÍTULO 4

LA SALUD BUCAL EN LA ACTUALIDAD: LA POLÍTICA BRASIL SONRIENTE

La prestación de servicios de salud bucal en Brasil, históricamente, se caracterizaba por acciones de baja complejidad, en su mayoría curativas y mutiladoras, con un acceso restringido. La gran mayoría de los municipios brasileños desarrollaban acciones junto a escolares, de 6 a 12 años. Los adultos y ancianos tenían acceso solamente a los servicios de urgencia, generalmente mutiladores. Esto caracterizaba la odontología como un área de la salud con extrema exclusión social. En los últimos años, apenas algunas experiencias aisladas ampliaban el acceso y desarrollaban acciones de promoción y prevención, además de actividades curativas más complejas. No había una política nacional para este sector.

En el año 2003 empieza una nueva coyuntura política, expresada en la pose del presidente Luiz Inácio Lula da Silva, en la que fuerzas democráticas que originaron la salud bucal como un derecho intrínseco del ciudadano se juntan en un proyecto común, institucionalizándose en el gobierno federal brasileño, apuntando estratégicamente para la disminución de la exclusión social. En ese contexto, se inicia la elaboración de una Política Nacional de Salud Bucal que rescata el derecho del ciudadano brasileño a la atención odontológica a través de acciones gubernamentales, superando el histórico abandono y falta de compromiso con la salud bucal de la población.

Para organizar este modelo es imprescindible que se piense en las “líneas de cuidado” (del niño, del adolescente, del adulto y del anciano) creando flujos que reflejen las acciones decididas por los equipos de salud, centradas en acoger, informar, atender y guiar (referencia y contra-referencia). El usuario (al que no se le negará el acceso) conocerá a fondo la estructura del servicio ofrecido gracias a su experiencia como persona que se siente parte de él y se siente capaz de influenciarlo. Las directrices para su cuidado implican un nuevo direccionamiento del proceso de trabajo en el que el trabajo en equipo repre-

senta uno de sus fundamentos más importantes. Constituida de esta forma, en sintonía con el universo de los usuarios, esta directiva tiene como postulado el principio constitucional de la intersectorialidad y por su potencial de resolución, permite que surjan lazos de confianza y vínculo, indispensables para mejorar la calidad de los servicios de salud y profundizar en la humanización de estas prácticas. (...) En el ámbito de la asistencia, esas directrices apuntan fundamentalmente a la ampliación y calificación de la atención básica, viabilizando el acceso de todos los grupos de edad y la oferta de más servicios, garantizando la atención al nivel secundario y terciario con el objetivo de integrar la atención (BRASIL, 2004).

En esa perspectiva, era necesario que la política, desde su origen, pudiera expresar su construcción conjuntamente con la conformación del sistema de salud brasileño, o sea, el Sistema Único de Salud (SUS). Este sistema, según sus principios constitucionales, está basado en la universalización del acceso, en la integralidad, en la equidad y en el control social.

La política nacional de salud bucal, el “Brasil Sorridente” (Brasil Sonriente) comprende un conjunto de acciones en el ámbito individual y colectivo que involucran la promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Es desarrollada a través del ejercicio de prácticas democráticas y participativas, contando con trabajo en equipo y dirigida a poblaciones por las cuales se asume la responsabilidad con el cuidado a la salud bucal, considerando el aspecto dinámico del territorio en que viven.

Asumiendo la responsabilidad por la salud bucal de su población, Brasil se compromete con la reducción de las desigualdades, el combate al hambre y la garantía de la nutrición en condiciones adecuadas. Es un compromiso con la inclusión social.

4.1. La salud familiar como enfoque estratégico para la organización de la Atención Básica en salud

A partir de 1986, con el movimiento de la reforma sanitaria, la discusión sobre el concepto de salud/enfermedad propone la realización de nuevas acciones en salud, empezando el desarrollo de proyectos de salud comunitaria y familiar y el diseño de un nuevo modelo de organización de los servicios de salud.

En este contexto, en 1991, se implanta el Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS) que fue previo a la formación de los primeros Equipos de Salud Familiar (ESF), en 1994, los cuales incorporaron y ampliaron la actuación de los agentes comunitarios. Se trata de una estrategia que da prioridad a las acciones de prevención, promoción y recuperación de la salud de las personas, de forma integral y continua, cuya atención ocurre en la unidad básica de salud o en el hogar, por profesionales que hacen parte del equipo, creando vínculos de co-responsabilidad entre ellos y la población que será acompañada. Esto facilita la identificación y la atención de los problemas de salud de la comunidad.

Conforme resaltado en las Directrices de la Política Nacional de Salud Bucal, la Estrategia de Salud de la Familia presenta como característica una gran capilaridad, socialmente sensible:

...sus acciones ponen frente a frente profesionales y realidad. Son espacios pedagógicos en el que la práctica es objeto de acciones y donde las situaciones hablan por sí, permitiendo a los equipos aprender y comprender de forma absolutamente real y nueva cada vez que ocurren. Son situaciones donde el hacer está próximo a la realidad de vida de las personas, posibilitando un espacio privilegiado para el trabajo junto a los usuarios.

En el período de diciembre de 2002 a diciembre de 2005, fueron implantadas 7.866 nuevas ESF, totalizando 24.564 equipos actuando en el país, con un aumento de cobertura poblacional de 54,9 millones de habitantes en diciembre de 2002 para 78,6 millones en diciembre de 2005.

Respecto a los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), fueron incluidos 32.641 nuevos agentes en el período de diciembre de 2002 a diciembre de 2005, totalizando 208.104 ACS actuando en el país. La población cubierta por los ACS pasó de 90,7 millones de personas en diciembre de 2002 para 103,5 millones en diciembre de 2005.

• La salud bucal en la Estrategia de Salud Familiar

La inclusión de la Salud Bucal en la estrategia de Salud Familiar ha representado la posibilidad de crear un espacio de prácticas y relaciones que puedan reorientar el proceso de trabajo y la propia actuación de la salud bucal en el ámbito de los servicios de salud. Así, el cuidado de la salud bucal va a exigir la conformación de un equipo de trabajo que

se relacione con los usuarios y que participe de la gestión de los servicios para suplir las demandas de la población y ampliar el acceso a las acciones y servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud bucal, a través de medidas de carácter colectivo y por medio del establecimiento del vínculo territorial.

De esta forma, con el fin de reorganizar el modelo de atención a la salud y ampliar el acceso a la salud bucal garantizando la atención integrada a individuos y familias, los Equipos de Salud Bucal pasaron a formar parte de la estrategia de Salud Familiar por medio de la **Ordenanza GM/MS n° 1.444** del 28 diciembre de 2000. Esta establece un incentivo financiero para la reorganización de la atención a la salud bucal ofrecida en los municipios. Las reglas y directrices para este fin, a su vez, fueron registradas por la Ordenanza GM/MS N° 267 con fecha de 6 de marzo de 2001, creándose así dos tipos de Equipos de Salud Bucal:

- ESB Modalidad I: Compuesta por Cirujano Dentista (CD) y Asistente de Consultorio Dentario (ACD). Recibía inicialmente el importe de 5 mil reales (aproximadamente 2.200 dólares) para implantación y 13 mil reales (aproximadamente 5.600 dólares) al año para pagos.
- ESB Modalidad II: Compuesta por CD, ACD y Técnico en Higiene Dental (THD). Recibía inicialmente el importe de 5 mil reales (aproximadamente 2.200 dólares) para implantación y 16 mil reales (aproximadamente 7.000 dólares) al año para pagos.

Originariamente, cada ESB servía como referencia para dos ESF de modo que cada ESB cubría un promedio de 6.900 personas. Esta razón representaba un factor limitante al proceso de implantación de los equipos de salud bucal e imponía a los expertos de salud bucal un volumen de demanda de procedimientos clínicos curativos que comprometía la incorporación de la filosofía de la estrategia de Salud de Familiar en el proceso de trabajo de estos profesionales.

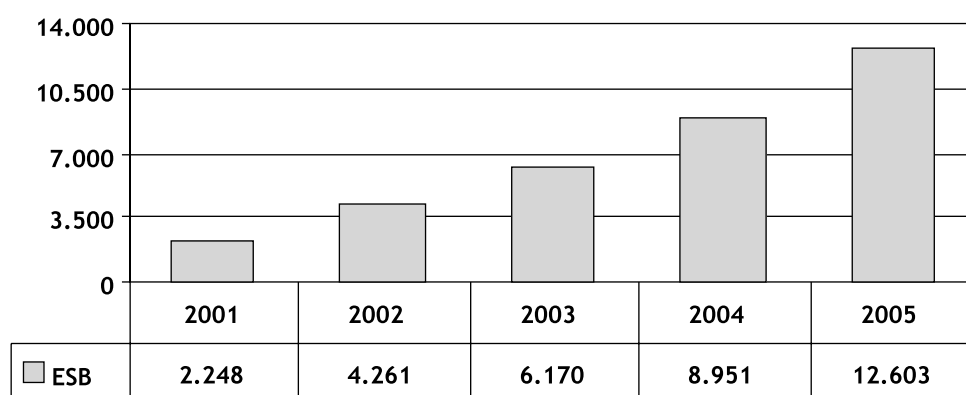
A partir de la **Ordenanza N° 673/GM** de 2003, el Ministerio de Salud comenzó a financiar las ESB en una proporción de 1:1 en relación a las ESF, en la que cada ESB pasó a cubrir un promedio de 3.450 personas. Esta misma Ordenanza reajustó los incentivos de pago de las ESB Modalidad I a 15.600 (aproximadamente 6.800 dólares) y 19.200 reales (aproximadamente 8.300 dólares) el incentivo anual de pago a las ESB Modalidad II.

Con la **Ordenanza N° 74/GM**, del 20 enero de 2004, se han efectuado nuevos reajustes de los incentivos, recibiendo cada ESB Modalidad I el importe de 20.400 reales (aproximadamente 8.900 dólares) mientras que las ESB Modalidad II reciben 26.400 reales (aproximadamente 11.500 dólares) al año para pagos. Estos importes son 56,9% más

elevados para las ESB Modalidad I, y 65%, para las ESB Modalidad II si se comparan con los valores de 2001 y 2002. Ambas modalidades han recibido 6 mil reales como incentivo adicional para la adquisición de equipos e instrumental. Después de esta ordenanza, las ESB Modalidad II pasaron a recibir un equipo odontológico completo (sillón de dentista, taburete, unidad auxiliar y piezas de mano) para la labor del Técnico en Higiene Dental (THD).

Desde diciembre de 2002 hasta diciembre de 2005 se han implantado 8.342 nuevos Equipos de Salud Bucal (ESB) en la Estrategia de Salud Familiar, alcanzando un total de 12.603 ESB, un incremento de más de 195% en la cantidad de equipos (Gráfico 4.1).

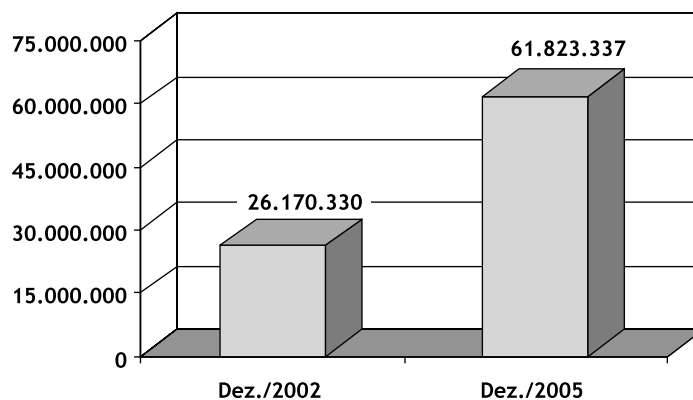
Gráfico 4.1 – ESB implantados. Brasil, marzo/2001 – diciembre/2005



Fuente: Siab

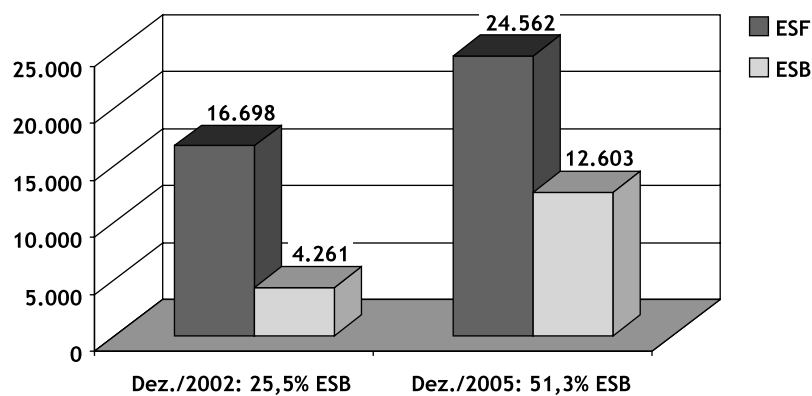
En este período se produjo un incremento en la cobertura poblacional de las ESB de más de 35,5 millones de personas, totalizando más de 61,8 millones de personas cubiertas por estos equipos (Gráfico 4.2). Además se observa que en diciembre de 2002, cerca de 25,5% de los Equipos de Salud Familiar tenían expertos de salud bucal y, en diciembre de 2005 alcanzó el 51,3%, lo que representa a un crecimiento en la proporción entre los equipos (Gráfico 4.3).

Gráfico 4.2 – Cobertura poblacional de los ESB. Brasil, diciembre/2002 – diciembre/2005



Fuente: SIAB

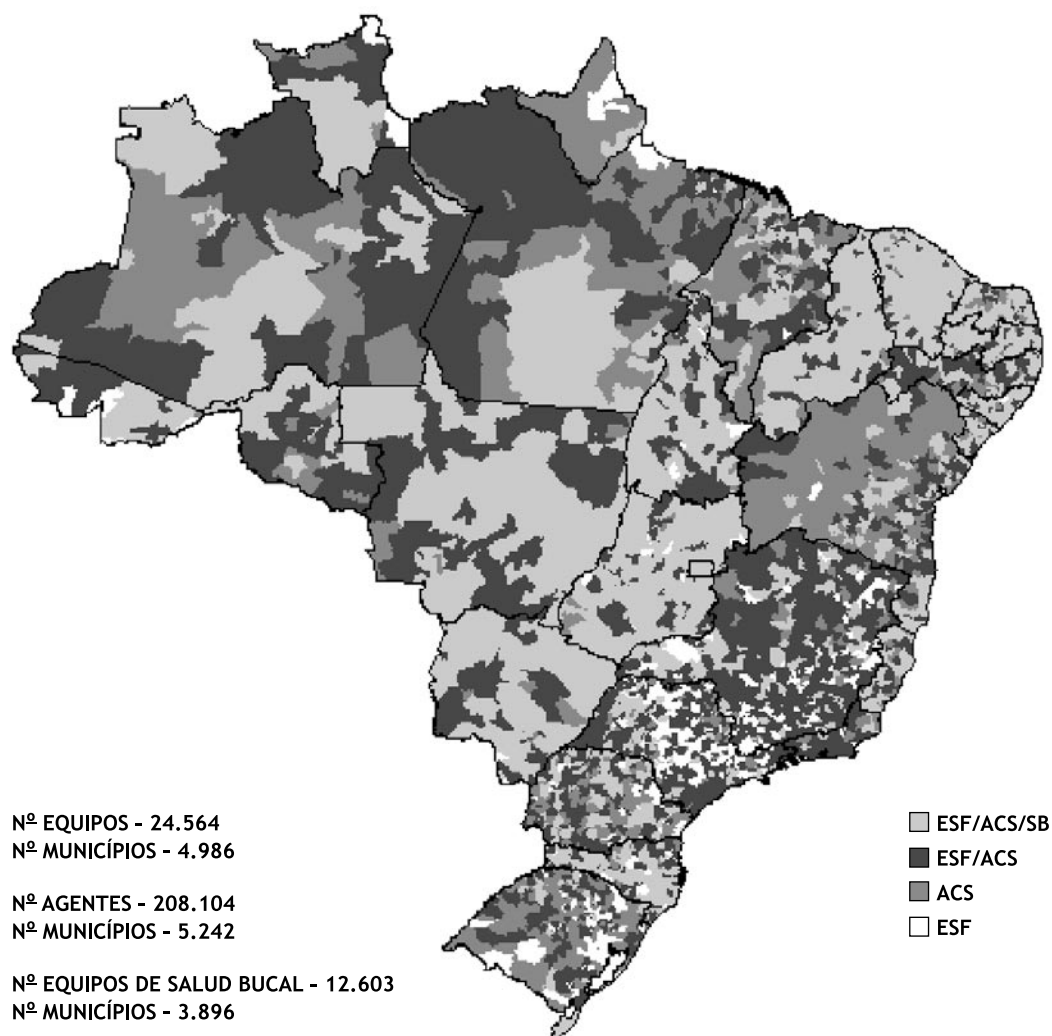
Gráfico 4.3 – Proporción entre los ESF y los ESB. Brasil, diciembre/2005



Fuente: SIAB

Hasta diciembre de 2005 94,2% de los municipios contaban con ACS, mientras que 89,6% contaban con ESF y 70,1% con ESB, conforme se refleja en el Mapa 4.1.

Mapa 4.1 – Situación de la implantación de Equipos de Salud Familiar, Salud Bucal y Agentes Comunitarios de Salud. Brasil, diciembre/2005



■ 4.2. Ampliación y Calificación de la Atención Secundaria y Terciaria: Centros de Especialidades Odontológicas y Laboratorios Regionales de Prótesis Dentales

La asistencia odontológica en los servicios públicos brasileños ha sido restringida casi exclusivamente a los servicios básicos - aún así con una gran demanda reprimida por procedimientos básicos. Los datos del Sistema de Informaciones Ambulativas del SUS (SIA/SUS) de 2002 muestran que los servicios especializados no corresponden a más de 3,5% del total de los procedimientos clínicos odontológicos. Es evidente la poca capacidad de oferta de servicios de atención secundaria y terciaria, comprometiendo en consecuencia el establecimiento de sistemas de referencia y contra-referencia en salud bucal adecuados en la casi totalidad de los sistemas loco-regionales de salud. La ampliación de la red asistencial de atención secundaria y terciaria no ha alcanzado, en el sector odontológico, el incremento en la oferta de servicios de atención básica (BRASIL, 2004).

Como lo enfatiza el texto de las Directrices de la Política Nacional de Salud Bucal, con la ampliación del concepto de atención básica, y el consecuente incremento en la oferta de diversidad de procedimientos se han hecho necesarias también inversiones que tiendan a incrementar el acceso a los niveles secundario y terciario de atención.

Se establecieron así los criterios, reglas y requisitos para la implantación y registros de los Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) por medio de la **Ordenanza N° 1.570/GM** del 29 de julio de 2004, del mismo modo que se estableció su financiamiento por medio de la **Ordenanza N° 1571/GM** del 29 de julio de 2004, con el objetivo de ampliar y calificar la oferta de servicios odontológicos especializados. La **Ordenanza N° 283/GM** del 22 de febrero de 2005, pasó a permitir el anticipo de recursos de implantación de estos centros.

Los CEO son unidades de referencia para la Atención Básica integrados en el proceso de planificación loco-regional que proveen mínimamente, las especialidades de periodoncia, endodoncia, pacientes con necesidades especiales, diagnóstico bucal y cirugía oral menor, clasificados en dos tipos:

- CEO Tipología I: Con 3 sillones odontológicos. Cada CEP Tipología I recibe 40 mil reales (aproximadamente 17.400 dólares) para su implantación y 6 mil reales (aproximadamente 2.600 dólares) mensuales.

- CEO Tipología II: Con 4 hasta 6 sillones odontológicos. Cada CEO Tipología II recibe 50 mil reales (aproximadamente 21.700 dólares) para su implantación y 8 mil reales (aproximadamente 3.500 dólares) mensuales para otros costos.

Hasta diciembre de 2005 se implantaron 336 CEO en 268 municipios repartidos en 25 Estados y el Distrito Federal (Tabla 4.1). Se han realizado en estos Centros más de 2,9 millones de procedimientos entre enero y octubre de 2005

Tabla 4.1 – CEO implantados. Brasil, 2005

Región	CEO implantados
Centro-Oeste	33
Nordeste	104
Norte	17
Sudeste	125
Sur	57
Total	336

Fuente: Ministerio de Salud, 2005

Hasta diciembre de 2005 se pasaron los recursos para la implantación de otros 181 CEO. A través de la **Ordenanza N° 74/GM** del 20 de enero de 2004, se incluyeron en la Atención Básica los procedimientos de moldeado y suministro de prótesis total. Para apoyar la confección de las prótesis totales se han creado recursos financieros por Prótesis Total confeccionada por medio de la emisión de una Autorización para Procedimientos de Costo/Complejidad Elevado (APAC) de 30 reales (aproximadamente 13 dólares) por Prótesis Total.

■ 4.3. Fluoración del agua del abastecimiento público

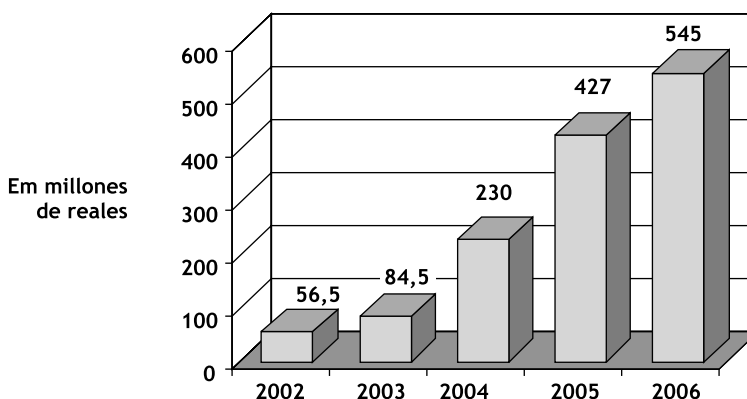
La ampliación de la fluoración del agua de abastecimiento público es una de las principales acciones de la Política Nacional de Salud Bucal. Por este motivo se están llevando a cabo acciones para garantizar el abastecimiento de agua depurada - clorada y fluorada - como un derecho de la ciudadanía. Hay que resaltar que hasta comienzos de 2003, poco más de 70 millones de brasileños estaban abastecidos con agua fluorada.

Gracias al Brasil Sonriente los datos de diciembre de 2005 muestran que se implantaron 205 nuevos sistemas de fluoración del agua de abastecimiento público, abarcando 106 municipios en 6 Estados. Este proceso está siendo viabilizado por medio de una acción conjunta con la Fundación Nacional de Salud (FUNASA) y acuerdos con las Secretarías Estaduales de Salud.

■ 4.4. Inversiones en el Brasil Sonriente

En relación a las inversiones en el área de salud bucal en 2002 se invirtieron 56 millones de reales (aproximadamente 24.300.000 dólares). En 2003 se invirtió un 46% más, pasando a un total de 84 millones de reales (aproximadamente 35.500.000 dólares). En 2004 la inversión fue de 184 millones (aproximadamente 80.000.000 dólares), conforme Gráfico 4.4. Para 2005, se asignaron 427 millones de reales (aproximadamente 185.600.000 dólares) para inversiones en salud bucal y se prevé una inversión de 545 millones de reales (aproximadamente 234.000.000 dólares) para 2006, lo que significa unas diez veces la cantidad invertida en 2002.

Gráfico 4.4 – Recursos Federales aplicados en Salud Bucal. Brasil, 2002 - 2006



Fuente: Ministerio de Salud

REFERENCIAS

1. BRASIL, Ministerio de Salud - Coordinación Nacional de Salud Bucal. **1ª. Conferencia Nacional de Salud Bucal** - Informe Final. Brasília, 1986, 11p. Disponible en: <www.saude.gov.br/bucal>. Acceso en octubre 2005.
2. BRASIL, Ministerio de Salud - Coordinación Nacional de Salud Bucal. **II Conferencia Nacional de Salud Bucal** - Informe Final. Brasília, 1990, 60p. Disponible en: <www.saude.gov.br/bucal>. Acceso en octubre 2005.
3. BRASIL, Ministerio de Salud - Coordinación Nacional de Salud Bucal. **3ª. Conferencia Nacional de Salud Bucal** - Informe Final. Brasília, 2004, 148p. Disponible en: <www.saude.gov.br/bucal>. Acceso en octubre 2005.
4. BRASIL, Ministerio de Salud - Departamento Nacional de Salud Bucal. **Levantamiento epidemiológico en Salud Bucal: Brasil, zona urbana**. 1986. 137p. (Serie C: Estudios y Proyectos, 4). Disponible en: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/vigilancia.php>>.
5. BRASIL, Ministerio de Salud - **Levantamiento epidemiológico en salud bucal - Caries dental. 1996**. Disponible en: <www.saude.gov.br/bucal>. Acceso en octubre 2005.
6. BRASIL, Ministerio de Salud - **Proyecto SB2003**. Disponible en: <www.saude.gov.br/bucal>. Acceso en octubre 2005.
7. BRASIL, Ministerio de Salud. **Portal de la Salud de la Familia**. Disponible en: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=149>. Acceso en octubre 2005.
8. BRASIL. Ministerio de Salud. **Directrices de la Política Nacional de la Salud Bucal 2004**. Disponible en: <www.saude.gov.br/bucal>. Acceso en octubre 2005.
9. CARVALHO, C. L, LOUREIRO, C. A. S. A inserção da odontologia na saúde escolar. **Cuaderno de Odontología**. Belo Horizonte, v.1, n. 1, p. 43 - 57, nov. 1997.
10. COSTA, N. R. . **Lutas Urbanas e Controle Sanitário** - Origens das Políticas de Saúde No Brasil. 2. ed. PETROPOLIS: VOZES, 1986. v. 2. 115 p.
11. FEDERATION DENTAIRE INTERNACIONALE. Global Goals for Oral Health in the year 2.000. *Int. Dent. J.*, 32(1):74-7, 1982.
12. SCARPONI, Florentino García. **Un proceso de democratización de las propuestas para el sector salud: Las Conferencias Nacionales de Salud en Brasil**. Disponible en: <<http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque52.doc>>. Acceso en octubre 2005.

13. GARRAFA, V. Saúde Bucal e Cidadania. **Rev. Saúde em Debate**, n.º. 41, p.50-57, dezembro de 1994.
14. LUZ, M. T. 1991. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática - anos 80. **Physis** v. 1, n. 1, p. 77-96.
15. MENDES, E.V. (Org) **Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 2 ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994. 310p.
16. NARVAI, P. C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec - Humanismo Ciência e Tecnologia. 1994. 108p.
17. OPAS. **Perfil Brasil**, 2005. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5515.doc>>. Acesso em outubro 2005.
18. PAIM, J.; ALMEIDA Filho, N. Saúde Coletiva: Uma “nova saúde pública” ou campo aberto para novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 4, n. 32, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em outubro 2005.
19. PINTO, V.G. **A Odontologia Brasileira às Vésperas do Ano 2000: Diagnósticos e Caminhos a Seguir**. Brasília: Livraria e Editora Santos. 1993.
20. PNUD. Conferência internacional democracia, participação cidadã e federalismo, 2004. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/democracia/documentos/CPP2.esp.pdf>>. Acesso em outubro 2005.
21. RIVERO, D.A.T. Alma-Ata: 25 anos después. **Revista Perspectivas de Salud/OPS**. Washington, DC, v. 8, n.1, 2003. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17_articulo1_4.htm>. Acesso em outubro 2005.
22. RONCALLI, Ângelo Giuseppe. **Perfil epidemiológico de saúde bucal no Brasil: 1986-1996**, set. 1998. 20 p. Disponível em: <http://72.14.207.104/search?q=cache:OfHts927aLsJ:planeta.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_epid/epi_bra.pdf+levantamento+epidemiol%C3%B3gico+saude+bucal&hl=pt-BR>. Acesso em outubro 2005.
23. SHEIHAMA .; JOFFE M. Public Dental Health Strategies for Identifying and Controlling Dental Caries in High and Low Risk Populations. In: **Risk marks for oral disease**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
24. SCHLOSMA, Steven L., BROWN, JoAnne, SEDLAK Michael. **The Public School in American Dentistry**. Los Angeles: Robert Wood Johnson Foundation, 1986. 70p.
25. SERRA, C. G. **A saúde bucal como políticas de saúde**. Análise se três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba. 1998, 1323p. Dissertação - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

26. SILVA, Pedro Luiz Barros. **Acesso e gerenciamento dos serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década**, 2002. Disponible en: <<http://www.comciencia.br/reportagens/ppublicas/pp12.htm#nota2>>. Acceso en octubre 2005.
27. SILVEIRA FILHO, Antônio Dercy. **A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. Boletim do Programa de Saúde da Família**, dez. 2002.
28. STARR, P. **The social transformation of American Medicine - The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry**. Basic Books, 1982.
29. WERNECK, M. A. F. **A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança**. Niteroi: Universidade Federal Fluminense, Curso de Pós-Graduação em Odontologia Social, 1994. 186 p. (Tesis de Doctorado en Odontología Social).
30. WERNECK, M. A. F. **A reforma sanitária no Brasil**. In: Brasil. Ministerio de la Salud. **Guia curricular para formação do atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS: áreas III e IV**. Brasília: Ministério de la Salud 1998, p.247-266.
31. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral Health**. Disponible en: <http://www.who.int/oral_health/en/>. Acceso en octubre 2005.
32. ZANETTI, C. H. G., LIMA, M. A., Ramos L. et al. **Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. Revista Divulgação Saúde em Debate**, n.13, p.18-35. 1996.

ANEXO

DIRECTRICES DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD BUCAL – BRASÍLIA, ENERO DE 2004

■ PRESENTACIÓN

Este documento presenta las directrices del Ministerio de la Salud para organizar la atención a la salud bucal en el ámbito del SUS resultantes de un proceso de discusiones con los coordinadores estaduais de salud bucal. Tales directrices se fundamentan en las proposiciones concebidas durante las últimas décadas en congresos y cumbres de odontología y de salud colectiva y en conformidad con las deliberaciones de las Conferencias Nacionales de Salud y de la 1ª y la 2ª Conferencia Nacional de Salud Bucal. Estas directrices constituyen el eje político básico para la reorientación de los planes y prácticas en el campo de la salud bucal, capaces de permitir un nuevo proceso de trabajo y que tienen como meta la realización del cuidado. Debe comprenderse así como referencia conceptual para el proceso de realizar el modelo de atención en el espacio de la micro-política donde se lleva a cabo, confrontando problemas y demandas diferentes, el encuentro entre el saber y el hacer entre los usuarios y expertos.

Debido a su naturaleza técnica y política, este documento se encuentra en construcción permanente, considerando las diferencias sanitarias, epidemiológicas regionales y culturales del Brasil y debe ser discutido tomando en consideración los resultados de lo levantamiento Condiciones de Salud Bucal en la Población Brasileña basado en un enfoque epidemiológico.

Se recomienda también que sea discutido en el ámbito de los consejos nacional, estaduais y municipales de salud, con el fin de ampliar el debate con los trabajadores y con los usuarios del sistema de salud, para profundizar el control público en esta área específica.

Hay que aclarar que se espera que este paquete de proposiciones continúe en discusión durante el amplio proceso de debates que representa la 3ª Conferencia Nacional de Salud Bucal en varios niveles, cuyas decisiones van a permitir reforzar ciertas proposiciones y reorientar otras.

■ 1. INTRODUCCIÓN

Las directrices aquí presentadas señalan una reorganización de la atención en salud bucal en todos los niveles, tomando el concepto de cuidado como eje de reorientación del modelo, respondiendo a un plan de salud que no está centrado simplemente en la asistencia a los enfermos, sino principalmente en la promoción de la buena calidad de vida y la intervención en los factores que la ponen en riesgo - por medio de la incorporación de las acciones programáticas de una forma más abarcadora y del desarrollo de acciones intersectoriales.

La producción del cuidado implica una proposición de humanización del proceso de desarrollo de acciones y servicios de salud. Esta implica responsabilidad de los servicios y trabajadores de la salud para establecer junto con los usuarios la posible respuesta a sus dolores, angustias, problemas y aflicciones de tal manera que no solamente se lleven a cabo consultas y atenciones, sino que el proceso de consulta y de atención se traduzca en conocimiento, responsabilidad y autonomía para cada usuario.

De ese modo, las acciones y los servicios deben resultar de un conocimiento adecuado de la realidad de la salud en cada lugar para construir una práctica efectivamente resolutive a partir de los mismos. Es imprescindible acercarse las personas e intentar conocerlas en su medio ambiente: sus condiciones de vida, las representaciones y concepciones que tienen sobre su salud, sus hábitos, las medidas que toman para remediar sus problemas cuando padecen y lo que hacen para evitar a las enfermedades.

Punto de partida para el ejercicio de la ciudadanía, la construcción de la conciencia sanitaria implica necesariamente tanto para los administradores y expertos, como para los usuarios ser conscientes de los aspectos que limitan y fijan un cierto estado de salud y los recursos existentes para su prevención, promoción y recuperación.

El estímulo para construir una conciencia sanitaria, en la que se perciba la totalidad como un derecho que va a ser conquistado asentirá, con las formas posibles de participación, desarrollar el proceso de control social de las acciones y servicios en salud bucal.

Para la organización de este modelo, es imprescindible que se conciban las líneas del cuidado (del niño, adolescente, adulto y anciano) por medio de la creación de flujos que impliquen acciones resolutive de los equipos de salud, centrados en acoger, informar y atender (referencia y contra-referencia). En ese modelo el usuario conoce cada parte que compone la estructura del servicio de acuerdo con su experiencia personal y se siente parte de ello y capaz de influir en su evolución. La línea del cuidado implica un

redireccionamiento del proceso de trabajo en el que el trabajo en equipo es uno de sus principales fundamentos. Constituida así en sintonía con el universo de los usuarios, esta línea tiene como postulado el principio constitucional de la intersectorialidad y por su potencial de resolución, permite que surjan lazos de confianza y vínculos, indispensables para mejorar la calidad de los servicios de salud y profundizar la humanización de estas prácticas.

Como consecuencia, los expertos del equipo de salud bucal deben desarrollar la capacidad de proponer alianzas o en el sistema de salud, sea en las acciones desarrolladas junto con las áreas de saneamiento, enseñanza, asistencia social, cultura o transporte, entre otras.

En el ámbito de la asistencia, esas directrices apuntan fundamentalmente a la ampliación y calificación de la atención básica, viabilizando el acceso a todos los grupos de edad y la oferta de más servicios, garantizando el atendimento en los niveles secundario y terciario con el fin de integrar los servicios de atención.

2. POSTULADOS

La reorientación del modelo de atención en salud bucal tiene los siguientes postulados:

- 2.1. Asumir el compromiso de una atención básica calificada, garantizando la calidad y resolución, independientemente de la estrategia de organización adoptada por el municipio.
- 2.2. Garantizar una red de atención básica articulada con toda la red de servicios y como parte indisoluble de la misma.
- 2.3. Asegurar que las acciones de salud bucal están integradas, articulando lo individual a lo colectivo, la promoción y la prevención al tratamiento y la recuperación de la salud de la población adscrita, sin dejar de atender cualquier ciudadano que se encuentre en una situación de emergencia.
- 2.4. Emplear la epidemiología y las informaciones sobre el territorio, subsidiando la planificación - procurando contar con un diagnóstico previo sobre las condiciones de la salud-enfermedad de las poblaciones, que cuente con un abordaje familiar y un conocimiento de las relaciones que se establecen en el territorio en el que se desarrolla la práctica de salud.

- 2.5. Realizar un acompañamiento del impacto de las acciones en salud bucal por medio de indicadores adecuados, lo que implica la existencia de registros simples, confiables y continuados.
- 2.6. Centrar la actuación en la Vigilancia de la Salud, incorporando prácticas regulares de evaluación y acompañamiento de los daños, riesgos y determinantes del proceso salud-enfermedad, actuación intersectorial y acciones sobre el territorio.
- 2.7. Incorporar la Salud Familiar como una estrategia importante en la reorganización de la Atención Básica.
- 2.8. Definir la política de enseñanza continua para los trabajadores de la salud bucal, con el fin de implementar proyectos de cambio en la formación técnica, de doctorado y de post-doctorado para que atiendan las necesidades de la población y los principios del SUS. Establecer responsabilidades entre las esferas del gobierno, con dispositivos de cooperación técnica y financiera, orientados a la formación inmediata de personal auxiliar, para posibilitar la implantación de los equipos de salud bucal en la ESF. En los estados en los que los Polos de Educación Permanente ya estén implantados, la enseñanza continuada de los trabajadores en salud bucal debe darse a través de ellos.
- 2.9. Establecer una política de financiación para el desarrollo de acciones orientadas a la reorientación del modelo de atención.
- 2.10. Definir una agenda de investigación científica con el objetivo de investigar los principales problemas relativos a la salud bucal, además de desarrollar nuevos productos y tecnologías necesarias para expandir las acciones de los servicios públicos de salud bucal en todos niveles de atención.

■ 3. PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS ACCIONES

El desarrollo de acciones desde la perspectiva del *cuidado en salud bucal* cuenta con los siguientes principios, además de los enunciados en el texto constitucional (universalidad, integralidad y equidad):

- 3.1. **Gestión participativa:** definir democráticamente la política de salud bucal, garantizando la participación de las representaciones de usuarios, trabajadores y proveedores, en todas las esferas del gobierno.
- 3.2. **Ética:** garantizar que cualquier acción sea gobernada por los principios universales de la ética en la salud.

- 3.3. Acceso:** buscar el acceso universal a la asistencia y atender toda demanda expresa o constreñida, desarrollando acciones colectivas que partan de situaciones individuales y vice-versa, asumiendo también la responsabilidad por todos los problemas de salud de la población de un determinado espacio geográfico. Debe darse prioridad absoluta a los casos de dolor, infección y sufrimiento.
- 3.4. Acogimiento:** desarrollar acciones para el usuario, considerándole en su integridad biológico-psicológico-social. El acogimiento presupone que el servicio de salud sea organizado de una manera enfocada en el usuario, garantizado por un equipo multiprofesional, para recibirlo, escucharlo, orientarlo, atenderlo, y acompañarlo. Representa la base de la humanización de las relaciones y caracteriza el primer acto de cuidado a los usuarios, contribuyendo al incremento de la resolución.
- 3.5. Vínculo:** responsabilizar la unidad o servicio de salud por la solución de los problemas en el área a su cargo, por medio de la oferta de acciones calificadas, eficaces y que permitan el control por parte del usuario durante su ejecución. El vínculo es la sinopsis de la humanización de la relación con el usuario y su construcción requiere la definición de las responsabilidades de cada miembro del equipo por las tareas necesarias al atendimento en situaciones rutinarias o imprevistas. El vínculo es el resultado de las acciones de acogida y principalmente, de la calidad de la respuesta (clínica o no) recibida por el usuario.
- 3.6. Responsabilidad profesional:** involucrarse con los problemas y demandas de los usuarios, garantizando respuestas resolutivas, volviéndose co-responsable por el enfrentamiento de los factores asociados al proceso salud-enfermedad en cada territorio. Corresponde al desarrollo de prácticas profesionales basadas en el respeto a la identidad del usuario, conocimiento de su contexto familiar y laboral, permitiendo el tiempo necesario para escuchar la queja, atenderlo y tomar las medidas oportunas, creando basis para una atención integral a la salud y a las necesidades de los distintos grupos poblacionales.

4. PROCESO DE TRABAJO EN SALUD BUCAL

La adecuación del proceso de trabajo al modelo de atención que se propone requiere:

- 4.1. Interdisciplinaridad y multiprofesionalismo:** el desempeño del Equipo de Salud Bucal (ESB) no debe circunscribirse únicamente al campo biológico o al trabajo

técnico-odontológico. Además de sus funciones específicas, el equipo debe interactuar con expertos de otras áreas, de manera para extender su conocimiento, permitiendo un análisis holístico del individuo, consciente del contexto socio-económico-cultural bajo el cual se encuentra. El respeto mutuo a percepciones distintas debe darse de manera permanente entre todos los profesionales de la salud para permitir que aspectos de la salud bucal sean debidamente adquiridos y se vuelvan objeto de sus prácticas. La ESB debe ser - y sentirse - parte del equipo multiprofesional en unidades de salud de cualquier nivel de atención.

4.2. Integralidad de la atención: el equipo debe ser apto para proveer acciones de promoción, protección, prevención, tratamiento, cura y rehabilitación, sea en nivel individual o colectivo.

4.3. Intersectorialidad: las acciones de promoción de salud van a ser más efectivas al involucrar la escuela, el centro de trabajo, el comercio, los medios de comunicación, la industria, el gobierno, las organizaciones no-gubernamentales y otras instituciones. La intersectorialidad en este sentido implica incluir en la planificación los distintos sectores que influyen en la salud humana: entre otros, la enseñanza, la agricultura, la comunicación, la tecnología, los deportes, el saneamiento, el trabajo, el medio ambiente, la cultura y asistencia social.

4.4. Ampliación y capacitación de la asistencia: organizar el proceso de trabajo para garantizar los procedimientos más complejos y conclusivos para dar respuesta a la necesidad que produjo la busca de la asistencia, evitando el agravamiento del cuadro y futuras pérdidas dentales y otras secuelas. Los servicios deben dedicar un tiempo de consulta suficiente y apropiado a la complejidad del tratamiento. En esa organización, se recomienda:

a) ampliar la hora de clínica del CD para optimizar la asistencia - 75% hasta 85% de las horas contratadas deben dedicarse a la asistencia. De 15% hasta 25% para otras actividades (planificación, capacitación, actividades colectivas). Las actividades pedagógicas y preventivas, en nivel colectivo, deben ejecutarse preferentemente por parte del equipo asistente. La planificación, supervisión y evaluación implican participación y responsabilidad del CD;

b) garantizar la atención de urgencias en la atención básica y pasar los cuidados complementares a esos casos a otras unidades de salud (atención rápida, emergencias y hospital) conforme el Plan Director de Regionalización;

c) adecuar la disponibilidad de los recursos humanos, según el flujo de demanda de la realidad local.

- 4.5. Condiciones de trabajo:** para aprovechar el uso total de la capacidad instalada de la red de servicios, se plantea desarrollar políticas de provisión de instrumental y material de consumo y conservación, mantenimiento y repuesto de los aparatos odontológicos, para garantizar las condiciones adecuadas de trabajo. Es indispensable, en este punto, que se sigan rigurosamente las reglas y estándares establecidos por el sistema nacional de vigilancia sanitaria.
- 4.6. Parámetros:** los parámetros para orientar el proceso de trabajo deben discutirse y convenirse entre las coordinaciones de la salud bucal (nacional y estaduais; y estaduais y municipales) para garantizar la dignidad en el trabajo a los expertos y los usuarios, la calidad de los servicios ofrecidos y observar las reglas de bioseguridad.

5. ACCIONES

El concepto ampliado de salud, definido en el artículo 196 de la Constitución de la República, debe orientar el cambio progresivo de los servicios, evolucionando de un modelo asistencial enfocado en la enfermedad y asentado en la atención a quien la procura, hacia un modelo de atención integral a la salud, donde se incorporen progresivamente acciones de promoción y protección, junto con aquellas de recuperación propiamente dichas.

Para identificar mejor los principales grupos de acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que han de desarrollarse prioritariamente hay que conocer las características del perfil epidemiológico de la población, no solamente en lo que respecta a las enfermedades más comunes, sino también las condiciones socio-económicas de la comunidad, sus hábitos y estilos de vida y sus necesidades de salud - percibidas o no - en las que se incluyen por extensión la infra-estructura de servicios disponibles.

Las acciones de salud bucal deben inserirse en la estrategia planificada por el equipo de salud en una inter-relación permanente con las demás acciones de la unidad de salud.

- 5.1. Acciones de promoción y protección de salud:** este grupo de acciones puede desarrollarse por el sistema de salud, articulado con otras instituciones gubernamentales, empresas, asociaciones comunitarias y con la población y sus órganos de representación. Tales acciones están orientadas a reducir los factores de riesgo que constituyen una amenaza a la salud de las personas, pudiendo producirles discapacidades y disfunciones. En este grupo se incluyen también la identificación y propagación de informaciones sobre los factores de protección de la salud.

Este grupo incluye un repertorio bastante amplio y diferenciado de acciones de naturaleza predominantemente pedagógico-preventiva.

La promoción de la salud bucal inserta en un concepto amplio de salud que trasciende la dimensión meramente técnica del sector odontológico, integrando la salud bucal a las demás prácticas de salud colectiva. Representa la construcción de políticas públicas saludables, el desarrollo de estrategias orientadas a todas las personas de la comunidad como políticas que creen oportunidades de acceso al agua tratada, que incentiven la fluoración de las aguas, el empleo de pastas dentales fluoradas y que aseguren la disponibilidad de los cuidados odontológicos básicos adecuados. Acciones de promoción de la salud incluyen igualmente trabajar con análisis sobre los factores de riesgo o de protección simultáneos, tanto para las enfermedades de la cavidad bucal, como para las otras enfermedades (diabetes, hipertensión, obesidad, trauma y cáncer), tales como: políticas de nutrición sana para reducir el consumo de azúcares, análisis comunitario para incrementar el auto cuidado con la higiene corporal y bucal, política de eliminación del tabaquismo y disminución de accidentes.

La búsqueda de autonomía de los ciudadanos es otro requisito de las acciones de promoción de salud. El equipo de salud debe hacer un esfuerzo simultáneo para aumentar la autonomía y estimular prácticas de auto cuidado por parte de los pacientes, sus familias y comunidades. Es recomendable que se trabaje en una línea de combate a la automedicación, la medicalización y la dependencia excesiva a expertos o servicios de salud.

Las acciones de protección para la salud pueden desarrollarse al nivel individual y/o colectivo. Para las acciones que inciden en los dos niveles, hay que garantizar el acceso a los cepillos y pastas fluoradas. Además, los procedimientos colectivos son acciones pedagógico-preventivas realizadas en el ámbito de las unidades de salud (trabajo del equipo de salud en grupos de ancianos, hipertensos, diabéticos, embarazadas, adolescentes, salud mental, planificación familiar y sala de espera), en los domicilios, grupos de calle, escuelas, guarderías infantiles, asociaciones, clubes de madres u otros espacios sociales, ofertados de manera continua que incluyen:

5.1.1. Fluoración del agua: se entiende que el paso al agua depurada y fluorada es fundamental para la salud de la población. De este modo, viabilizar las políticas públicas que garantizan la implantación de la fluoración del agua, extensión del programa a los municipios con sistemas de tratamiento constituye

la manera más abarcadora y socialmente justa de acceso al flúor. Desarrollar acciones intersectoriales para ampliar la fluoración del agua en Brasil es una prioridad del gobierno, garantizándose la continuidad y contenidos apropiados, según lo dispuesto en la ley 6.050 y normas complementares, con la creación y/o desarrollo de sistemas de vigilancia compatibles. La organización de tales sistemas incumbe a los órganos de gestión del SUS.

5.1.2. Educación en salud: incluye las acciones enfocadas a la apropiación del conocimiento sobre el proceso salud-enfermedad, incluyendo factores de riesgo y de protección a la salud bucal, así como posibilitar al usuario un cambio de hábitos, apoyándolo en la conquista de su autonomía.

La atención a la salud bucal debe considerar tanto las diferencias sociales cuanto las singularidades culturales al discutir la nutrición sana, el mantenimiento de la higiene y el auto cuidado del cuerpo, teniendo en cuenta que la boca es el órgano de absorción de nutrientes, expresión de sentimientos y de defensa.

Los contenidos de la educación en salud bucal deben trabajarse pedagógicamente, preferentemente de manera integrada con las demás áreas. Pueden desarrollarse en forma de debates, talleres de salud, videos, teatro, coloquios de grupo, carteles, catálogos y otros medios. Debe atenderse a la ley federal 9394/96 que permite la estructuración de contenidos pedagógicos en salud en el ámbito de las escuelas, desde un punto de vista local, con el apoyo y participación de los equipos de las unidades de salud.

Estas actividades puede desarrollarlas un cirujano dentista (CD), un técnico en higiene dental (THD), asistente de consultorio dentario (ACD) y un agente comunitario de salud (ACS), principalmente durante las visitas a los hogares. Las escuelas, guarderías infantiles, asilos y espacios institucionales son los locales preferenciales para este tipo de acción en el que no se descartan otros espacios donde los profesionales de la salud, en tanto que cuidadores puedan ejercer actividades que estimulen a la reflexión para una mayor conciencia sanitaria y apropiación de la información necesaria para el auto cuidado.

Teniendo en consideración la importancia de que el trabajo del CD no se limite a su desempeño en el ámbito de la asistencia odontológica, limitándose únicamente a la clínica, se recomienda cautela en los desplazamientos frecuentes del mismo para la ejecución de las acciones colectivas. Estas se

realizarán preferentemente por parte del THD, ACD y ACS. El CD debe planificarlas, organizarlas, supervisarlas y evaluarlas siendo él en última instancia el responsable técnico-científico de las mismas.

5.1.3. Higiene bucal supervisada: la higiene bucal es un elemento fundamental de la higiene corporal de las personas. Sin embargo, realizarla adecuadamente requiere aprendizaje. Una de las posibilidades para este aprendizaje es el desarrollo de actividades de higiene bucal supervisada (HBS) por parte de los servicios de salud en los más distintos espacios sociales. La HBS tiene como objetivo la prevención de caries - cuando se haya empleado la pasta dental fluorada - y de gingivitis, por medio del control continuado de placa por parte del paciente con supervisión profesional, adecuando la higiene a la motricidad del individuo. Se recomienda cautela en la definición de técnicas “correctas” y “erróneas”, para evitar estigmatizaciones. La HBS debe desarrollarse preferentemente por los profesionales auxiliares del equipo de salud bucal. Su fin es la búsqueda de la autonomía con vistas al auto cuidado.

5.1.4. Aplicación tópica de flúor: la aplicación tópica de flúor (ATF) tiene como objetivo la prevención y control de la caries por medio del empleo de productos fluorados (soluciones para enjuague, gel-fluorado y barniz fluorado) en acciones colectivas.

Para establecer la ATF se recomienda tener en cuenta la situación epidemiológica (riesgo) de distintos grupos poblacionales del lugar donde se vaya a llevar a cabo la acción. Se recomienda el empleo de la ATF con abarque universal en las poblaciones en las que se constaten una o más de las siguientes situaciones:

- a) Exposición al agua de abastecimiento sin flúor;
- b) Exposición al agua de abastecimiento que contenga por naturaleza bajos contenidos de flúor(hasta 0,54 ppm F);
- c) Exposición al flúor en el agua desde menos de 5 años;
- d) CPOD superior a 3 a los 12 años de edad;
- e) Menos de 30% de los individuos del grupo están libres de caries a los 12 años de edad.

5.2. Acciones de recuperación: este grupo de acciones incluye el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

El diagnóstico debe realizarse lo más tempranamente posible, del mismo modo que el tratamiento debe instituirse de inmediato para interrumpir el avance de la enfermedad e impedir el surgimiento de eventuales discapacidades y daños consecuentes. Por este motivo los servicios de salud, especialmente los del nivel primario de asistencia, deben procurar la práctica adecuada de esas dos acciones primordiales para la recuperación de la salud - diagnóstico y tratamiento.

Por lo que respecta al diagnóstico, se destaca la inclusión en las rutinas de asistencia de métodos que perfeccionen la identificación precoz de lesiones (biopsias y otros exámenes complementares).

Se debe priorizar la identificación precoz de las lesiones de la mucosa bucal, garantizando, en la red asistencial, la atención integral en todos los puntos de atención a la salud, para acompañamiento y orientación y para tratamiento en los niveles de mayor complejidad.

El tratamiento debe priorizar procedimientos conservadores - entendidos como todos aquellos que son ejecutados para el mantenimiento de los elementos dentales - invirtiendo la lógica de extracción, predominante actualmente en los servicios públicos.

En la lista de insumos de la farmacia de la Salud Familiar, se incluirán algunos insumos odontológicos estratégicos para superar las dificultades frecuentes de adquisición en muchos municipios - imposibilitando frecuentemente la ejecución de procedimientos elementales de la asistencia odontológica y comprometiendo la continuidad de acciones colectivas (como el mercurio, limalla de plata, resina fotopolimerizable, ionómero de vidrio también cepillos y pastas dentales, además de otros artículos adecuados a la realidad local de producción de servicios odontológicos básicos).

5.3. Acciones de rehabilitación: Consisten en la recuperación parcial o total de las capacidades perdidas como consecuencia de la enfermedad y en la reinserción del individuo a su entorno social y su actividad profesional.

■ 6. AMPLIACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN BÁSICA

La Atención Básica debe acatar la responsabilidad por la identificación de las necesidades, proveer a los encaminamientos requeridos en cada caso y monitorear la evolución de la rehabilitación, conducir y mantener la rehabilitación en lo período post-tratamiento. Teniendo en cuenta la complejidad de los problemas que demandan a la red de atención básica y a la necesidad de buscarse continuamente formas de ampliarse la oferta y la calidad de los servicios, recomendase la organización y desarrollo de acciones de:

6.1. Prevención y control de cáncer bucal:

- a) Ejecutar habitualmente exámenes preventivos para descubrimiento precoz del cáncer bucal, garantizándose la continuación de la atención a todos los niveles de complejidad, por medio de la negociación y convenio con representantes de las tres esferas del gobierno;
- b) Proveer oportunidades de se identificaren lesiones bucales (búsqueda activa), tanto en visitas a los hogares como en movimientos de campañas específicas (ejemplo: vacunación de ancianos);
- c) Acompañar casos sospechosos y confirmados a través de la definición y, si fuera necesario, la creación de un servicio de referencia, garantizándose el tratamiento y la rehabilitación;
- d) Establecer parcerías para la prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación del cáncer bucal con universidades y otras entidades.

6.2. Implantación e incremento de la resolución de la urgencia:

- a) Organizar la urgencia, conforme la realidad local;
- b) Evaluar la situación de riesgo a la salud bucal en la consulta de urgencia;
- c) Orientar el usuario para volver al servicio y continuar su tratamiento.

6.3. Inclusión de procedimientos más complejos en la atención básica: hay que considerar la posibilidad de, en cada lugar, injerirse en la atención básica los procedimientos como pulpotomías, restauración de dientes con cavidades complejas o pequeñas fracturas dentarias y la etapa clínica de la instalación de prótesis dentales básicas, el tratamiento periodontal que no requiera procedimiento quirúrgico. Tales procedimientos contribuyen para incrementarse el vínculo, extender la credibilidad y el reconocimiento del valor por la existencia del servicio público odontológico en cada lugar, incrementándole su impacto y cubrimiento.

6.4. Inclusión de la rehabilitación protética en la atención básica: considerar en cada lugar la posibilidad de injerirse en la atención básica los procedimientos concernientes a la etapa clínica de la instalación de prótesis dentales básicas. De ese modo, va a ser posible avanzar la superación de la situación actual, en la que los procedimientos concernientes a las distintas prótesis dentales injiérans en los servicios especializados y, por lo tanto, no están accesibles a la mayoría de la población.

La viabilización de tales posibilidades involucra el sostén financiero y técnico específico que será suministrado por el Ministerio de la Salud, que pueda:

- a) contribuir para la instalación de aparatos en laboratorios de prótesis dental, de manera a contemplar las distintas regiones;
- b) capacitar Técnicos en Prótesis Dental (TPD) y Asistentes de Prótesis Dental (APD) de la red SUS a la implantación de esos servicios.

6.5. Ampliación del acceso: con el fin de transponer el modelo biomédico de atención a las enfermedades, son propuestas dos maneras de inserción transversal de la salud bucal en los distintos programas integrales de salud: 1) bajo líneas de cuidado; e, 2) bajo condición de vida. La primera consiste en el reconocimiento de especificidades propias de la edad, pudiendo trabajársela como salud del niño, salud del adolescente, salud del adulto y salud del anciano. En cuanto a la proposición de atención bajo condición de vida, incluye la salud de la mujer, la salud del trabajador, personas con necesidades especiales, hipertensos, diabéticos y otros. Así, las acciones de salud bucal quedarán contenidas también en los documentos específicos que van a definir las políticas para la intervención gubernamental, según las líneas de cuidado o la condición de vida.

Para los grupos abajo, señalase las siguientes orientaciones:

6.5.1. Grupo de 0 hacia 5 años: organizar el ingreso de niños de este grupo de edad en el sistema, máximo a partir de los 6 meses, aprovechando las campañas de vacunación, consultas clínicas y actividades en espacios sociales. Desarrollar actividades en grupo de padres y/o los responsables para informaciones, identificación y encaminamiento de los niños de alto riesgo o con necesidades de atención individual, con acrecentamiento de procedimientos, incluyéndose los de ortopedia funcional de los maxilares y ortodoncia preventiva. No se recomienda criar “programas” específicos de salud bucal a este grupo de edad, verticalizados y aislados de los demás

programas de salud. Acciones de salud bucal orientadas a este grupo deben hacer parte de programas integrales de salud del niño y ser compartidas por el equipo multiprofesional.

6.5.2. Grupo de niños y adolescentes (6-18 años): la atención debe adaptarse a la situación epidemiológica, identificando y encaminando los grupos de riesgo más elevado a la atención curativa individual. Hay que enfatizar la necesidad para que se organicen flujos que van a garantizar la atención a los adolescentes.

6.5.3. Grupo de embarazadas: teniendo en cuenta que la madre posee una función preponderante en los estándares de comportamiento asimilados en la primera infancia, las acciones pedagógicas-preventivas con las mujeres embarazadas califican su salud y vuelven cardinales para que se introduzcan prácticas sanas desde el comienzo de la vida del niño. Deben realizarse acciones colectivas y garantizar la atención individual. Bajo un trabajo conjunto con el equipo de salud, la embarazada, al empezar su pre-natal, debe encaminársela hacia una consulta odontológica que incluya mínimamente los siguientes actos:

- a) orientación sobre la posibilidad de atendimento mientras el embarazo;
- b) examen de tejidos blando e identificación de riesgo a la salud bucal;
- c) diagnóstico de lesiones de caries y necesidad de tratamiento curativo;
- d) diagnóstico de gingivitis o enfermedad periodontal crónica y necesidad de tratamiento;
- e) orientaciones sobre hábitos alimentares (ingestión de azúcares) y higiene bucal;
- f) En ningún caso, la asistencia debe ser obligatoria, respectándose siempre la voluntad de la embarazada, bajo pena de una gravísima infracción ética.

6.5.4. Grupo de adultos: los adultos, sobre todo los trabajadores, tienen dificultades en el acceso a las unidades de salud principalmente en horarios convencionales de trabajo de esos grupos. Tales situaciones acarrear una peoría de los problemas existentes, cambiándoles en urgencia y motivo de ausencia al trabajo, además de las consecuentes pérdidas dentarias. Recomendase facultar horarios de atención que sean compatibles con las necesidades de atención a este grupo e integrar la atención odontológica a los programas

de salud del trabajador y seguridad ocupacional, viabilizando la detección de los riesgos específicos.

6.5.5. Grupo de ancianos: la salud bucal es un factor concluyente para el mantenimiento de una buena calidad de vida. Para garantizarse su acceso, el servicio puede organizar grupos de ancianos(as) en la unidad de salud e instituciones para desarrollar actividades de enseñanza y prevención. Puede garantizar la atención clínica individual al anciano(a), evitándole las colas y los trámites burocráticos que obstaculizan el paso, con una reservación de horarios y días específicos para la atención. Al planificarse las acciones para este grupo, debe tenerse en cuenta las disposiciones legales incluidas en el Estatuto del Anciano.

Como elemento indispensable para extenderse el paso a la asistencia, sugiérase la aplicación de tecnologías de vanguardia que, como ejemplo del tratamiento restaurador atraumático (TRA) y de los procedimientos periodontales de baja complejidad, van a posibilitar los análisis de más grande impacto y cubrimiento.

7. AMPLIACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA

La asistencia odontológica pública en Brasil suele circunscribirse casi totalmente a los servicios básicos - todavía con grande demanda reprimida. Los datos más recientes apuntan que, en el ámbito del SUS, los servicios odontológicos especializados conciernen a no más que 3,5% del total de procedimientos clínicos odontológicos. Es incuestionable la baja capacidad de la oferta de servicios de atención secundaria y terciaria que, consecuentemente, van a comprometer el establecimiento de apropiados sistemas de referencia y contra-referencia en la salud bucal en la casi totalidad de los sistemas loco-regionales de salud. El crecimiento de la red asistencial de atención secundaria y terciaria no acompañó, en el sector odontológico, a la ampliación de la oferta de servicios de atención básica.

Con la ampliación del concepto de atención básica y el consecuente incremento de la oferta de diversidad de procedimientos, vuelven necesarias las inversiones que permitan incrementar el acceso a los niveles secundario y terciario de atención.

Para hacer frente al reto de ampliar y calificar la oferta de servicios odontológicos especializados, el Ministerio de Salud va a aportar para la implantación y/o mejoría de los Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Los CEOs serán unidades de referencia para los Equipos de Salud Bucal de la atención básica y, siempre integrados al proceso de planificación loco-regional, van a ofertar, conforme la realidad epidemiológica de cada región y municipio, los procedimientos clínicos odontológicos complementares a los hechos en la atención básica. Se incluyen los tratamientos quirúrgicos periodontales, endodoncias, dentística de más elevada complejidad y los procedimientos quirúrgicos que sean compatibles con este nivel de atención.

8. LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

Imprescindible a la organización de la atención básica del SUS, la estrategia de Salud de la Familia fue creada en 1994 y normatizada bajo la Norma Operacional Básica del SUS de 1996 - NOB/SUS-96, que definió sus formas de inversión, incluyéndola en el Piso de la Atención Básica (PAB). Es una estrategia del SUS, debiendo estar en armonía con sus principios y directrices. El territorio y la población adscrita, el trabajo en equipo y la intersectorialidad constituyen ejes cardinales de su proyecto, en el que las visitas a los hogares son una de sus principales estrategias, buscando ampliarse el acceso a los servicios y establecer vínculos con la población. La comprensión de esos aspectos es crucial a la discusión del proceso de trabajo en salud, de los procesos de gestión, de enseñanza permanente/continuada y de evaluación de servicios.

Bajo la estrategia de Salud de la Familia, la visita al hogar es un procedimiento habitual, preferentemente realizado por el ACS. La ampliación y la calificación de las acciones de salud bucal son hechas también a través de la organización de visitas del Equipo de Salud Bucal a las personas enfermas o con discapacidad de locomoción, buscando se identificaren los riesgos y permitiendo el acompañamiento y atención necesarios.

Al presentar, como característica, una amplia capilaridad, la Estrategia de Salud de la Familia es sensible del punto de vista social: sus acciones han confrontado los expertos con la realidad. Son espacios pedagógicos en el que la práctica es el objeto de las acciones y en el cual muchas situaciones hablan por sí solas, permitiendo a los equipos un aprendizaje y un conocimiento definitivamente real y nuevo, siempre que ocurre. Son situaciones en el que el hacer se acerca de la realidad de vida de las personas y viabiliza un espacio elegido para el trabajo con los usuarios.

En tales situaciones, es primordial que se tenga cuidado con las personas: sus condiciones de vida, sus valores y sus hábitos. Hay una historia, peculiar, cercando cada situación. Es imprescindible poseer la consciencia de las diferencias sociales y culturales entre expertos del servicio y los usuarios. Tales diferencias son reales y perfectamente sentidas por los interlocutores, sea en la atención que ocurre en la unidad de salud, sea mientras una visita al hogar.

Otro aspecto fundamental de esta estrategia concierne el proceso de trabajo. Al proponer a la salud bucal su encajamiento en un equipo multiprofesional, además de introducir el “nuevo”, confronta valores, lugares y poderes consolidados por las prácticas de los modelos que le han antecedido. Esta situación trae el desafío de trabajarse en equipo.

Para la salud bucal, esta nueva manera de se hacer frente a las acciones cotidianas representa, a la vez, un avance significativo y un grande desafío. Un nuevo espacio de prácticas y relaciones que se plantean construir con posibilidades de reorientar el proceso de trabajo y la propia inserción de la salud bucal en el ámbito de los servicios de salud. Se percibe una posibilidad de incremento del cubrimiento, de la certidumbre en la respuesta a las demandas de la población y del alcance de las medidas de carácter colectivo. Las más grandes posibilidades de ganancias se ubican en los campos del trabajo en equipo, de las relaciones con los usuarios y de la gestión, implicando una nueva manera de producirse el cuidado en salud bucal.

