



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



138ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 19–23 de junho de 2006

Tema 4.6 da agenda provisória

CE138/14 (Port.)
31 de maio de 2006
ORIGINAL: INGLÊS

PROJETO DE PLANO DECENAL REGIONAL DE SOBRE SAÚDE BUCODENTAL

A saúde bucal continua a ser um aspecto fundamental das condições gerais de saúde na região da América Latina e Caribe por causa de seu peso para a morbidade global, seus custos associados de tratamento e potencial para prevenção eficaz. A estratégia apresentada ao Conselho Diretor em 1997 (Documento CD40/20) enfatizou a prevenção de doenças bucais ao assegurar programas integrais de saúde bucal, fortalecer a capacidade nacional e buscar intervenções de saúde bucal sustentáveis para a maioria dos 38 países-membros.

Desde 1995, 40 pesquisas de saúde bucal nacionais foram realizadas na Região. Estes dados indicam uma diminuição acentuada de 35% a 85% na prevalência das cáries dentárias. Porém, a morbidade bucodentária é grave e continua sendo alta em comparação com outras Regiões do mundo. A assistência de saúde precária e desigual, o padrão em transformação da doença bucodentária, maior custo e menos investimento nos programas de saúde pública dentária são sinais proeminentes da crise de saúde em curso nas Américas. Evidências científicas sólidas indicam a inter-relação entre a saúde bucal e saúde geral, em particular as associações entre infecções bucais e resultados adversos da gravidez. Fatores de risco comuns também existem entre as doenças bucais e as crônicas, como diabetes, cardiopatia e acidente vascular cerebral.

Este documento de estratégia foi preparado para abordar os desafios persistentes e dinâmicos da saúde bucal para o novo milênio. A meta máxima desta estratégia é reduzir a morbidade de diversas condições de saúde bucal até o ano 2015. As metas propostas deste plano reduzirão o DCPO-12 atual (dentes cariados/perdidos/obturados em crianças aos 12 anos de idade) para todos os países, melhorar a avaliação e tratamento de outros problemas de saúde bucal na Região e proporcionar maior o acesso a serviços de saúde bucal para todos. Esta estratégia foi formulada com base nos modelos de boas práticas usados em programas de fluoretação bem-sucedidos nos últimos 10 anos. Intervenções de custo-efetividade semelhante usando tecnologias simples podem ser ampliadas para melhorar o acesso à atenção de saúde bucal a um custo muito menor. As metas podem ser alcançadas por meio de um sistema de saúde integrado que combina a saúde bucal com serviços gerais de saúde. Uma agenda de saúde bucal comum requer sólida parceria entre o setor privado e a comunidade de saúde pública dentária. A promoção e a melhoria do estado da saúde bucal das Américas contribuirão para o alcance das Metas de Desenvolvimento do Milênio e para o desenvolvimento global.

É solicitado que o Comitê Executivo examine e forneça recomendações sobre a proposta de Estratégia e Plano de Ação Regionais de 10 anos da OPAS para a Saúde Bucal (2005–2015), assim como seu orçamento proposto.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Introdução	3
Barreiras à saúde bucal	6
Evidências quanto à associação entre saúde bucal e doença sistêmica	6
Estratégia e plano de ação (2005–2015)	7
Plano de ação da OPAS: Metas, objetivos quantificáveis, indicadores e atividades.....	8
Meta 1. Finalização da agenda inconclusa na saúde bucal. Assegurar um nível mínimo do acesso à atenção de saúde bucal para todos, considerando-se as disparidades em atenção para os grupos mais vulneráveis.	9
Meta 2. Integração da atenção à saúde bucal em serviços de atenção primária à saúde (APS).....	11
Meta 3. Ampliação de intervenções de custo-efetividade comprovado — Plano de vários anos para programas de fluoretação nas Américas e ampliação da cobertura de saúde bucal com tecnologias simples	13
Ação solicitada do Comitê Executivo	16
Anexos	
Anexo A: Estrutura integral para progressão da atenção à saúde bucal	
Anexo B: Plano operacional	
Anexo C: Orçamento de saúde bucal da OPAS para o biênio	
Referências	

Introdução

1. A prevenção de doenças é a base da política de saúde bucal da OPAS para a Região das Américas. As políticas, as ferramentas e o treinamento ministrado pela OPAS aos países-membros resultaram em uma redução significativa de cáries em toda a Região. Essas melhorias em grande parte podem ser atribuídas aos programas nacionais de prevenção incluindo a fluoração da água e do sal, maior conscientização sobre a higiene bucal adequada e melhores práticas de atenção à saúde bucal [^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10}].

2. Cooperação técnica foi prestada para medir o progresso dos países ao longo de um processo contínuo de saúde bucal usando o índice de DCPO-12 desde o início dos anos noventa.¹ O índice de DCPO foi usado devido à sua disponibilidade, facilidade de medição e comparações confiáveis entre os países. A tipologia usada para indicar o perfil de DCPO foi dividida em três fases correspondentes à gravidade das cáries dentárias:

- *Emergente* foi definida por um índice de DCPO-12 acima de cinco e ausência de um programa nacional de fluoração do sal.
- *Crescimento* foi definida por um índice de DCPO-12 entre três e cinco e ausência de um programa nacional de fluoração do sal.
- *Consolidação* foi definida por um índice de DCPO-12 abaixo de três e presença de um programa nacional de fluoração do sal.

3. O sistema de classificação da OPAS levou a vários progressos, em especial a implementação de um programa de grande alcance de fluoração do sal e da água na Região. O plano de fluoração lançado pela OPAS requereu estudos nacionais de referência. Mais de 40 pesquisas nacionais de saúde bucal foram realizadas para avaliar o DCPO e exposição ao flúor, análise de custo-benefício, sistemas de vigilância epidemiológica para fluoração, transferência de tecnologias e sistemas de avaliação e acompanhamento para determinar a eficácia dos programas nacionais de fluoração. Nos últimos 10 anos, a cooperação técnica da OPAS procurou fazer avançar os países com altos níveis de doença e sem políticas de prevenção apropriadas no sentido de desenvolver políticas eficazes e melhores indicadores de desempenho. Existem programas de fluoração implantados em mais de 25 países e mais de 350 milhões de pessoas têm acesso aos programas de flúor nas Américas. Prevê-se que mais de 430 milhões de pessoas terão acesso aos programas de fluoração no ano 2010.

4. O progresso nacional no índice de DCPO, exibido nos quadros 1 e 2, resultou em uma redução de 35% a 85% das cáries. Isto demonstra uma transição significativa no perfil epidemiológico das cáries dentárias em toda a Região (figura 1). A mudança no

¹ DCPO (dentes cariados, perdidos ou obturados) é uma unidade de medida que descreve a quantidade de cáries em uma população. A OMS recomenda um índice de DCPO abaixo de três aos 12 anos de idade.

quadro de tipologia é testemunho da eficácia dos sucessos comprovados nos modelos de boas práticas, incluindo seu estado como um estudo de caso modelo em *Milhões Economizados: Os Sucessos Comprovados na Saúde Global* (Caso No. 16)¹¹, e o primeiro livro científico sobre a fluoração do sal, *Promoção da Saúde Bucal: Uso de Fluoração do Sal para Prevenir Cáries Dentárias*.¹²

Quadro 1: Quadro da tipologia na saúde bucal, por volta de 1996

Emergente DCPO >5 9 países	Crescimento DCPO 3-5 15 países	Consolidação DCPO <3 8 países
Belize República Dominicana El Salvador Guatemala Haiti Honduras Nicarágua Paraguai Peru	Argentina Brasil Bolívia Chile Colômbia Costa Rica Equador México Panamá Porto Rico Peru Suriname Trinidad e Tobago Uruguai Venezuela	Bahamas Bermuda Canadá Cuba Guiana Jamaica Dominica Estados Unidos

Fonte: Publicação técnico-científica da OPAS No. 615.

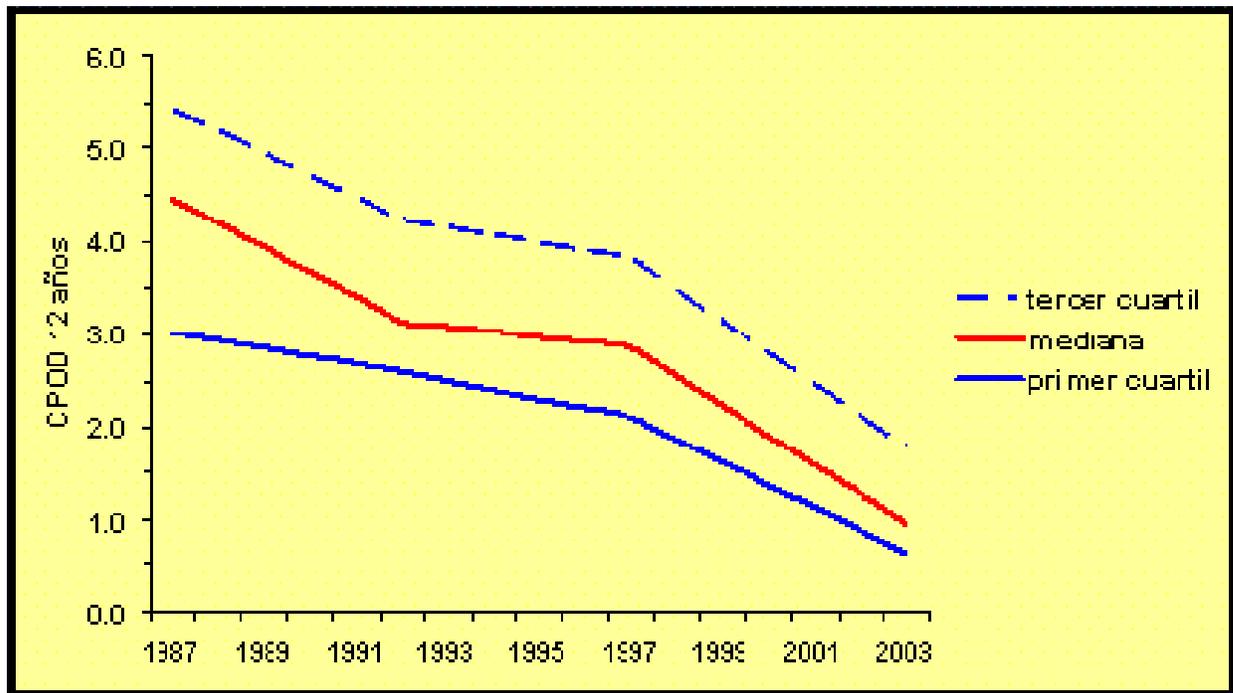
Quadro 2: Quadro da tipologia na saúde bucal, por volta de 2005

Emergente DCPO >5 2 países	Crescimento DCPO 3-5 7 países	Consolidação DCPO <3 29 países	
Guatemala Santa Lúcia	Argentina Bolívia Chile República Dominicana Honduras Panamá Paraguai	Anguila Aruba Bahamas Barbados Belize Bermuda Brasil Canadá Ilhas Cayman Colômbia Costa Rica Cuba Curaçao Dominica Equador	El Salvador Granada Guiana Haiti Jamaica México Nicarágua Peru Suriname Trinidad e Tobago Ilhas Turks e Caicos Uruguai Estados Unidos Venezuela

Fonte: Publicação técnico-científica da OPAS No. 615.

Figura 1

Tendências nos índices de DCPO aos 12 anos de idade por Região da América Latina e Caribe 1987–2003



Fonte: Área de tecnologia e prestação de serviços de saúde da OPAS, 2005.

5. A OPAS também desenvolveu um modelo de boas práticas para aumentar o acesso à saúde bucal com o uso de tecnologias simples. Em cooperação com o Banco Interamericano de Desenvolvimento, ensaios clínicos em três países latino-americanos demonstram o custo-efetividade da ART (técnica de restauração atraumática) para o tratamento e prevenção de cáries em comparação com os métodos convencionais. A implementação de técnica de restauração atraumática requer formação profissional e recursos mínimos e pode ser executada pelo pessoal auxiliar treinado a um terço do custo. Este modelo de boa prática pode ser usado para expandir o acesso a serviços básicos de saúde bucal para populações vulneráveis.

6. A finalidade deste documento é descrever a Estratégia e o Plano de Ação de 10 anos (2005–2015) para Saúde Bucal na Região das Américas. A meta da estratégia é promover e proteger a saúde geral nas Américas por meio de progressos na atenção à saúde bucal. Esta estratégia guiará o desenvolvimento de projetos, políticas, boas práticas e recursos sustentáveis que reduzirão a morbidade relacionada com a saúde bucal precária no âmbito individual, local, nacional e regional.

7. Um enfoque integrado para melhorar a saúde bucal foi usado na formulação desta estratégia. Este enfoque incluiu extensa colaboração com autoridades em saúde bucal (ASB) e especialistas da Região em reuniões como a reunião de ASB de 2004 em Cuba, a reunião do Grupo de Estudos de 2005 em Washington, D.C., e a reunião de ASB de 2005 no Canadá. O processo implicou a coleta dos dados científicos existentes sobre as intervenções de saúde bucal, consulta com interessados diretos e apresentação a consultores independentes de países desenvolvidos e em desenvolvimento para análise e feedback.

Barreiras à saúde bucal

8. Apesar dessas notáveis melhoras, a morbidade é grave e continua sendo alta em certas áreas geográficas e populações de alto risco. As barreiras que impedem que a atenção à saúde bucal equitativa alcance todas as populações incluem, mas não se limitam a, as seguintes:

- Apoio a políticas e legislação
- Custos crescentes da atenção dentária¹³
- Conscientização limitada sobre a importância da saúde bucal
- Acesso desigual a serviços de atenção à saúde bucal, principalmente para grupos vulneráveis como mulheres, crianças, populações indígenas, pessoas com deficiência física e idosos
- Barreiras culturais, de gênero e outras barreiras sociais
- Atenção à saúde bucal de qualidade precária

9. As intervenções voltadas à redução dessas disparidades devem identificar os grupos desfavorecidos e avaliar suas necessidades para desenvolver intervenções de êxito e sustentáveis.

Evidências quanto à associação entre saúde bucal e doença sistêmica

10. As manifestações precoces de origem sistêmica com frequência podem ser inicialmente observadas na cavidade bucal.¹⁴ Fatores de risco para doença sistêmica com frequência coexistem e interagem com doença bucodentária. A doença bucodentária tem sido associada a doenças cardiovasculares, diabetes e acidente vascular cerebral. Evidências sólidas demonstram que a infecção oral materna pode desempenhar um papel-chave no desenvolvimento de bebês de baixo peso ao nascimento como demonstrado em evidências da América Latina e Caribe.^{15,16,17} A cavidade bucal é também a primeira sede em que doenças críticas podem ser diagnosticadas. As manifestações orais são geralmente os primeiros sinais clínicos de infecção pelo HIV, carência de vitamina B12, câncer da cavidade bucal e transtornos alimentares. Os hábitos do estilo de vida, como fumo, nutrição precária, uso de medicamentos intravenosos ou doenças sexualmente

transmissíveis podem ser detectados por meio de exames bucais regulares. A forte correlação entre várias doenças bucodentárias e doenças crônicas não-transmissíveis é principalmente um resultado de fatores de risco comuns.

Estratégia e plano de ação (2005–2015)

11. Esta estratégia inclui ações e coordenação interprogramática intersetorial para obter resultados ideais de saúde bucal nos próximos 10 anos. Ela se baseia nos princípios condutores da saúde pública, a saber: prevenção de saúde, promoção da saúde e vigilância de doenças. Cada elemento da estratégia é fundamentado na formação quanto às boas práticas e difusão de modelos de boas práticas, parcerias, investimento no upstream e avaliação do progresso ao longo do tempo e em escala.

12. A melhoria da atenção à saúde bucal é compatível com a promoção da OPAS da agenda de saúde para todos de 1977 que defende a equidade na saúde, e com as Metas de Desenvolvimento do Milênio de 2000 (MDM) que promovem o desenvolvimento global. Com esse fim, a estratégia foi desenvolvida em conformidade com a Agenda de Desenvolvimento das Nações Unidas e apóia as três MDM relacionadas com a saúde. Concentra-se na melhoria da saúde materno-infantil ao considerar os grupos vulneráveis e no combate ao HIV/AIDS e outras doenças ao reforçar a saúde bucal para promover a saúde geral. Além disso, a estratégia enfatiza a integração funcional da saúde bucal na atenção diagnóstica primária à saúde. Aumentar a capacidade nacional é fundamental para impulsionar o desenvolvimento da saúde bucal e fomentar a proteção social entre os países e internamente em cada país.

13. Cada meta da estratégia aborda os três principais desafios de saúde na Região e se inseria dentro da estrutura da OPAS de cooperação técnica:

- (a) **Finalização da agenda inconclusa** – Equidade de atenção para assegurar um nível mínimo de acesso à atenção de saúde bucal por cada indivíduo com ênfase aos grupos vulneráveis (crianças, mulheres grávidas, idosos, HIV/AIDS e populações indígenas).
- (b) **Enfrentamento de novos desafios** – Integração da atenção à saúde bucal em serviços de atenção primária à saúde, como um ponto fundamental para o diagnóstico precoce de doenças e prevenção, por meio de maior colaboração com órgãos governamentais e não-governamentais, setor privado e instituições médicas e odontológicas.
- (c) **Ampliação de intervenções comprovadas** – Manutenção e melhoria dos programas atuais de prevenção; vigilância contínua; utilização e aplicação eficazes dos recursos de assistência de saúde e transferência de informação e tecnologia.

14. Esta estratégia depende de um sistema científico de avaliação comparativa para marcar o progresso na saúde bucal para todas as populações em cada país. Ela se baseia em políticas de saúde pública com ênfase na saúde bucal como parte dos serviços de atenção primária à saúde (APS), integrando tecnologias apropriadas com o apoio de provedores privados, programas de saúde pública dentária, centros institucionais, organizações não-governamentais (ONGs), entre outros. Esta nova ênfase para medir o progresso procura anunciar e promover mudanças positivas em nossa Região.

Plano de ação da OPAS: Metas, objetivos quantificáveis, indicadores e atividades

15. A OPAS está comprometida com a implementação de um enfoque integrado apoiado em base científica para melhorar a saúde bucal. A estratégia geral se baseia na responsabilidade compartilhada entre o Secretariado, países-membros e parcerias dentro dos setores do governo e mais além, como o setor privado. A estratégia é alcançar estas metas, que visam a melhorar a saúde geral ao melhorar a saúde bucal, usando-se comprovações e modelos de boas práticas e com a introdução de tecnologias inovadoras. A integração da saúde bucal ao sistema de atenção primária à saúde é um dos principais componentes da estratégia.

16. Para alcançar as três metas propostas, a OPAS apresenta o seguinte Plano de Ação.

Meta 1. Finalização da agenda inconclusa na saúde bucal. “Assegurar um nível mínimo do acesso à atenção de saúde bucal para todos, considerando-se as disparidades em atenção para os grupos mais vulneráveis.”

17. Apesar dos avanços na redução dos índices de DCPO nos últimos 10 anos, os índices variam muito em um mesmo país e entre países. As razões para disparidades na saúde bucal são complexas. Em muitos casos, fatores sociais, econômicos e culturais são a explicação. Em outros casos, as disparidades são exacerbadas pela falta de programas de saúde bucal. A falta de transporte, diligências domésticas, deficiência física ou outra doença também podem limitar o acesso a serviços. Outras razões podem ser recursos insuficientes, falta de compreensão do público e falta de conscientização sobre a importância da saúde bucal. *Os que apresentam o pior estado de saúde bucal são as populações pobres de todas as idades, sendo as crianças e idosos pobres particularmente vulneráveis.*¹⁸

18. A OPAS prestará cooperação técnica aos países para identificar os grupos vulneráveis com base em uma avaliação das necessidades quanto às doenças bucodentárias. Com o uso desta informação, serão feitos esforços para fortalecer a capacidade nacional a fim de melhorar a saúde bucal para estes grupos em que o avanço está em nível inferior. Ênfase especial será dada aos principais países prioritários. Um conjunto de medidas básicas dos serviços de saúde incluirá um nível mínimo de atenção à

saúde bucal. Uma estrutura será usada como uma ferramenta de avaliação comparativa para se conhecer o atual estado dos serviços de saúde bucal por população e permitir dimensionar e avaliar o progresso (anexo A).

Objetivo 1. Reduzir infecções orais nos grupos vulneráveis

19. Ênfase será dada aos principais países prioritários. Os índices de DCPO indicam grande discrepância entre esses países (Bolívia 4,6; Equador 2,9; Guiana 1,3; Haiti 1,0; Honduras 4,0; Nicarágua 1,8 e Paraguai 3,8). Grandes diferenças em outras doenças bucodentárias também podem existir nestes países. Para reduzir a morbidade bucodentária, é necessária uma avaliação de necessidades para incluir doenças periodontais, lesões orais do HIV, traumatismo orofacial, fluorose dentária e câncer da cavidade bucal.

Objetivo 2. Maior acesso à atenção de saúde bucal para grupos vulneráveis

20. O controle da doença bucodentária depende da disponibilidade e da capacidade de acesso aos sistema de saúde bucal e a redução de riscos é possível por meio de serviços orientados à atenção primária de saúde e prevenção. Essas ações devem ser integradas por meio do enfoque de atenção primária à saúde, proposto na Meta 2. A avaliação básica de saúde bucal dentro da atenção primária deve estar disponível para todos os indivíduos. Ênfase também será dada à avaliação das necessidades para reduzir o índice de DCPO e as doenças bucodentárias, e os grupos prioritários serão os que apresentam avanço no nível inferior.

Objetivos quantificáveis e indicadores

A curto prazo: De um a dois anos

Objetivo: Identificar os grupos vulneráveis de acordo com as diretrizes estabelecidas pelos países e pela OPAS.

- *Indicador:* Índices de DCPO.
- *Indicador:* Registros nacionais de grupos vulneráveis, inclusive portadores de HIV/AIDS, gravidez, câncer e diabetes.

Objetivo: Identificar as necessidades de saúde bucal dos grupos vulneráveis, concentrando-se nos principais países prioritários segundo avaliação nacional.

- *Indicador:* Indicadores de saúde bucal que não índice de DCPO — doença periodontal, lesões associadas ao HIV, fluorose dentária, câncer da cavidade bucal, traumatismo, malformações congênitas.
- *Indicador:* Serviços de saúde bucal — levantamentos sobre conhecimento, atitudes e práticas.

Objetivo: Planejar, desenvolver e implementar intervenções-piloto apropriadas próprias para os grupos vulneráveis, usando programas de êxito existentes.

- *Indicador:* Modelo de intervenção disponível.

A médio prazo: De três a cinco anos

Objetivo: Selecionar e difundir modelos de boas práticas.

- *Indicador:* Ampliação dos modelos de boas práticas.
- *Indicador:* Existência de legislação para políticas públicas.

A longo prazo: De seis a 10 anos

Objetivo: Expandir os modelos de boas práticas na Região.

- *Indicador:* Número de modelos de boas práticas na Região.

Modelos de boas práticas e avaliação do progresso

21. A maioria das doenças bucodentárias é evitável. A instrução simples e educação em saúde podem aumentar a conscientização sobre a saúde bucal e melhorar a higiene bucal. Portanto, é fundamental integrar o planejamento de boa comunicação e marketing dirigidos tanto aos cidadãos como aos provedores da área da saúde para cada uma das táticas deste plano.

- Os métodos para mudar o comportamento individual devem vir acompanhados de intervenções populacionais.
- A educação em saúde e o marketing serão fundamentais para conseguir a participação de parceiros e novas tecnologias .
- Boas práticas de marketing e materiais educativos serão reproduzidos para uso e adaptados a cada país.

Reprodução de boas práticas para implementar as metas

22. Intervenções de custo-efetividade asseguram serviços de saúde bucal aos grupos mais vulneráveis. Os programas e iniciativas selecionados de êxito são relacionados a seguir:

- Implementação de tecnologias simples (técnica de restauração atraumática) como um programa escolar.
- Promoção da escovação de dentes na escola com participação plena do setor privado como doadores/promotores.
- Ampliação do programa de escolas saudáveis para incluir escolas sem cáries.
- Eliminação de refrigerantes nas máquinas de venda automática em escolas.

Considerações especiais

23. A definição de grupos vulneráveis está ainda em desenvolvimento e sua operação variará de um país a outro. Os planos de saúde bucal para populações vulneráveis devem ser incorporados à política pública nacional existente para serem eficazes. Este processo inclui uma integração total da saúde bucal e da atenção primária à saúde para fundamentar os programas existentes.

24. A implementação desta estratégia requererá um enfoque interprogramático dentro da OPAS e dos ministérios da Saúde. Os parceiros do setor privado podem incluir empresas de suprimentos dentários, escolas e associações de odontologia, instituições de pesquisa e ONGs.

Meta 2. Integração da atenção à saúde bucal em serviços de atenção primária à saúde (APS)

25. As estratégias de prevenção devem se concentrar na redução das doenças bucodentárias. A integração da saúde bucal à atenção primária de saúde, a melhoria da equidade de atenção e a manutenção de programas de atenção preventiva à saúde bucal de êxito requerem um enfoque multidisciplinar.

26. A integração da saúde bucal às estratégias de atenção primária à saúde potencializará o progresso para melhoria da saúde materno-infantil e redução do HIV/AIDS das MDM. Todos têm implicações diretas para a saúde bucal. A saúde bucal deve ser incorporada em um enfoque de fator de risco comum. Uma definição mais ampla da saúde bucal terá implicações importantes na prestação de atenção. Além disso, a integração da atenção bucal à atenção primária à saúde requererá uma firme política de saúde pública que fortaleça os programas existentes de saúde bucal nos ministérios da Saúde, assim como promova uma legislação que apoiará uma integração total da saúde bucal à atenção primária à saúde. Além disso, a integração da atenção de saúde bucal e da atenção primária à saúde requererá plena participação do pessoal auxiliar para a prestação de serviços de saúde bucal.

Objetivo 1. Integrar os programas de saúde bucal à estratégia de APS

27. As agendas anteriores não abordaram de modo eficaz a absorção funcional da atenção à saúde bucal em serviços de atenção primária à saúde. Esta estratégia regional, porém, orienta seu enfoque no sentido de integrar a atenção à saúde bucal como uma estratégia primária irmã da atenção primária devido à importância da atenção bucal como medida diagnóstica e preventiva para a saúde geral. O desafio reside em estabelecer uma estratégia coordenada, eficaz e sustentável para incorporar serviços de saúde bucais e gerais. A integração organizacional requererá a assistência das instituições existentes, ministérios da Saúde, líderes comunitários, escolas de odontologia e o setor privado. A

transferência de conhecimento, informação e modelos de boas práticas é factível por meio das redes. Ênfase será dada em cada país.

Objetivos quantificáveis e indicadores

A curto prazo – De um a dois anos

Objetivo: Estabelecer uma rede de autoridades em saúde bucal (ASB) com um sistema apropriado de informação para a transferência de dados entre os países.

- *Indicador:* Rede de ASB em funcionamento nos países.

Objetivo: Incorporar o componente de saúde bucal aos programas pré-natais.

- *Indicador:* Programas nacionais de pré-natal com a incorporação de um componente de saúde bucal.
- *Indicador:* Um projeto-piloto de custo-efetividade para tratar infecção bucal em mulheres grávidas.

Objetivo: Criar mecanismos para integrar os programas de saúde bucal dentro dos serviços de APS atuais/em andamento (ou seja, centros de saúde comunitária, programas nacionais/regionais em andamento) específicos para as necessidades nacionais de saúde e recursos com ênfase na conscientização sobre os vínculos entre a saúde oral e geral.

- *Indicador:* Número de países com programas de atenção primária à saúde com componente de atenção à saúde bucal.
- *Indicador:* Número de modelos de boas práticas difundidos.

A médio prazo – De três a cinco anos

Objetivo: Expandir os modelos públicos de boas práticas para recém-nascidos de baixo peso e saúde bucal e APS e saúde bucal.

- *Indicador:* Número de países com programas em funcionamento.

Objetivo: Promover a capacitação em instituições odontológicas e médicas, organismos governamentais e não-governamentais e o setor privado para integrar modelos de boas práticas.

- *Indicador:* Número de instituições, ONGs e outros organismos que difundem modelos de boas práticas.

A longo prazo – De seis a 10 anos

Objetivo: Integrar plenamente atenção à saúde bucal no processo de assistência de saúde e garantir plena participação dos provedores de saúde bucal na prestação da saúde bucal na APS.

- *Indicador:* Número de países com política institucional.

Objetivo: Integrar modelos de boas práticas ao serviço de atenção primária à saúde.

- *Indicador:* Número de instituições, ONGs e outros organismos que difundem modelos de boas práticas.

Considerações especiais

28. Uma avaliação das necessidades com base nos fatores de risco é necessária para fornecer comprovações que respaldem maior integração da saúde bucal à atenção primária de saúde. Novas linhas de pesquisa que tratam das necessidades mais críticas de saúde bucal devem ser empreendidas a partir destes resultados. Deve-se esperar resistência quanto à mudança interna da profissão da área de odontologia e a formação e educação de profissionais da área da saúde bucal e não bucal serão um primeiro passo fundamental em cada uma das táticas deste objetivo.

29. A implementação desta estratégia requererá um enfoque interprogramático dentro da OPAS e dos ministérios da Saúde. Os parceiros do setor privado podem incluir empresas de suprimentos dentários, escolas e associações de odontologia, instituições de pesquisa e ONGs.

Meta 3. Ampliação de intervenções de custo-efetividade comprovado — Plano de vários anos para programas de fluoração nas Américas e ampliação da cobertura de saúde bucal com tecnologias simples

30. Ao longo dos últimos 10 anos, a OPAS centrou o grosso de sua cooperação técnica em proporcionar políticas de boas práticas e implementação à Região para promover a fluoração da água e do sal. Como resultado, a maioria de países estabeleceu políticas e uma infra-estrutura que permite a fluoração ideal. As políticas nacionais foram guiadas e estabelecidas para fortalecer a capacidade nacional de assegurar que esses programas se tornem auto-sustentáveis.

31. Os programas de fluoração têm sido uma das intervenções de saúde pública mais bem-sucedidas e têm ajudado a mudar o perfil epidemiológico de cada país na Região, como visto nos quadros 1 e 2 e figura 1, segundo informações oficiais dos países. Esses programas economizaram milhões de dólares em custos de tratamento associados às cáries dentárias e dor relacionada, sofrimento e absentismo no trabalho e na escola. Os programas de fluoração do sal e da água na Região resultaram ter bom custo-efetividade, ser cientificamente válidos e sustentáveis.¹⁹ A ampliação e consolidação dos programas de fluoração serão visados em todos os países, com ênfase nos principais países prioritários.

Objetivo 1. Fortalecer a capacidade nacional para permitir a ampliação dos programas de fluoração

32. Procedimentos legais e regulamentares são necessários para fortalecer a política de flúor no âmbito nacional a fim de assegurar a sustentabilidade e qualidade dos programas. Sistemas de monitoramento e vigilância são fundamentais para manter níveis de flúor apropriados, eficazes e seguros para a comunidade. O conhecimento e a experiência adquiridos com programas de mais longa data serão transferidos para capacitação nacional na Região.

Objetivo 2. Ampliar a cobertura de saúde bucal com o uso de tecnologias simples e de bom custo-efetividade, a técnica de restauração atraumática.

33. Com a morbidade alta e acesso precário à assistência de saúde, inovações são necessárias para tratar e prevenir as cáries dentárias. O tratamento tradicional é caro. Os resultados das intervenções de custo-efetividade comprovado indicam que:

- A técnica de restauração atraumática, prestada na modalidade de serviço de mais baixo custo, produz resultados satisfatórios.
- A técnica de restauração atraumática, como um melhor de boa prática, fornece uma estrutura para implementação de serviços de saúde bucal em larga escala e reduzirá as iniquidades relacionadas com o acesso a serviços de saúde.
- Um estudo produziu evidências para guiar o investimento no downstream para maior equidade, eficiência e qualidade de vida nas Américas.²⁰

Objetivos quantificáveis e indicadores

A curto ou médio prazo

Objetivo: Apoiar a Bolívia, Equador, Haiti, Honduras, Nicarágua, Paraguai e Santa Lúcia a alcançar a implementação completa dos programas de fluoração.

- *Indicador:* Número de países com programas de fluoração.

Objetivo: Consolidar os programas de fluoração com vigilância apropriada, monitoramento constante e utilização eficaz de recursos humanos em países com programas de fluoração existentes. Belize, Canadá, Chile, Cuba, República Dominicana, Equador, El Salvador, México, Panamá, Peru e Trinidad e Tobago devem alcançar a consolidação plena dos programas de fluoração.

- *Indicador:* Número de países com programas consolidados.

Objetivo: Ampliar os modelos de boas práticas (técnica de restauração atraumática) para maior cobertura dos serviços de saúde bucal com ênfase nos principais países prioritários.

- *Indicador:* Número de modelos de boas práticas.

A longo prazo

Objetivo: Atingir a consolidação total dos programas de fluoração.

- *Indicador:* Programas de fluoração em todos os países até 2015.

Modelos de boas práticas e avaliação do progresso

34. A maioria dos países relacionados como pertencentes à fase *Emergente* agora avançaram desta categoria, assim são necessários novos parâmetros para classificar os países que estão nas fases *Emergente*, *Crescimento* ou *Consolidação*. A meta é que cada país que dispõe de um programa de fluoração, conforme seu estado atual, deve avançar pelo menos uma fase. É, portanto, fundamental que a OPAS continue a fornecer liderança e orientação para assegurar que as metas estabelecidas sejam protegidas e sustentada.

35. A técnica de restauração atraumática, na modalidade de serviço de custo mais baixo, produz resultados satisfatórios como um modelo de boa prática e fornece uma estrutura para implementar serviços de saúde bucal em larga escala; além disso, reduzirá as iniquidades no acesso a serviços de atenção à saúde bucal.

Considerações especiais

36. O risco da fluorose dentária (hipercalcificação do esmalte) está sendo abordado nos programas de fluoração e a vigilância continuada é necessária. Verbas especiais serão reservadas nos programas para esta atividade.

37. A implementação desta estratégia requererá um enfoque interprogramático dentro da OPAS e dos ministérios da Saúde. Parceiros do setor privado, como Kellogg, Rotary, indústria do sal e outras ONGs, pode incluir programas de saúde que usam o sal como uma estratégia de intervenção (por exemplo, programas de iodo e dietilcarbamazina (DEC)).

38. Os próximos 10 anos não apenas serão baseados nesses sucessos para a promoção da saúde, mas abordarão as disparidades críticas na assistência de saúde geral, como o acesso à assistência entre os grupos mais vulneráveis e o reconhecimento da associação de problemas bucais e sistêmicos.

Ação solicitada do Comitê Executivo

39. Solicita-se ao Comitê Executivo que examine o progresso obtido pelos países-membros ao desenvolver os programas de saúde pública dentária e forneça feedback sobre a proposta de Estratégia e Plano de Ação Regional de 10 anos para a Saúde Bucal (2005–2015), assim como para o plano operacional (anexo B) e orçamento propostos (anexo C).

Anexos

Estrutura integral para progressão da atenção à saúde bucal

Esta estrutura serve de ferramenta de referência para cada país para conhecer o estado atual dos serviços de saúde bucal (por população) e, em seguida, dimensionar e avaliar o progresso.

1. Prevenção comunitária

Programas de fluoração

Sal

Água

Leite

Promoção da saúde: populacional

Importância da saúde bucal para a saúde geral

Importância da nutrição e boas práticas de saúde bucal

Custos econômicos e sociais

Impacto à qualidade de vida

Promoção da saúde: direcionada

Grupos e vinculações de mídia

ONGs

Grupos de promoção da saúde voltados à obesidade, fumo, nutrição, saúde dos idosos

Instituições acadêmicas

Setor privado

2. Prevenção específica

Programas de selantes

Convencional

Técnica de restauração atraumática (ART)

Distribuição de flúor

Polimento

Aplicações tópicas

Enxágües

Programas nas escolas

Educação em saúde

Distribuição de flúor

Uso de fio dental

Programas de escovação dos dentes

Crianças vulneráveis

População de idade avançada

3. Identificação e manutenção da saúde com a prevenção de doença ou de doença mais extensa

Modelos de educação, atenção, orientação e intervenção por segmento

Componentes do conjunto de medidas	0–20	20–40	40–60	60+
Conscientização sobre placas	☺	☺	☺	☺
Orientação para uso da escova de dentes	☺	☺	☺	☺
Orientação para uso de fio dental	☺	☺	☺	☺
Auto-aplicação de flúor	☺			
Auto-exame	☺ Incl. câncer	☺ Incl. câncer	☺ Incl. câncer	☺ Incl. câncer
Higiene/cuidado de próteses				☺

Nível máximo – Tratamento restaurador abrangente

Manutenção da saúde com o tratamento e cura dos padrões vigentes de doença

4. Melhoria

Melhoria da saúde geral com o rec Referência: OPAS/OMS THS/OS/OH, julho 2005.

Práticas dentárias avançadas

Plano operacional

Atividade	2006–2007	2008–2009	2010–2011
Meta 1: Assegurar um nível mínimo de acesso à atenção à saúde bucal para todos ao considerar as disparidades na atenção para os grupos mais vulneráveis.			
Subcomponente 1: Identificar os grupos vulneráveis de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo países e pela OPAS.			→
Avaliar a vulnerabilidade geográfica, incluindo índices de DCPO, indicadores de necessidades de saúde bucal de grupos vulneráveis e a disponibilidade de serviços de saúde bucal.	→		
Avaliar os fatores concomitantes de risco de doenças por meio dos indicadores de saúde geral, exposição ao HIV, diabetes, nutrição, câncer, gravidez.		→	
Subcomponente 2: Identificar as necessidades de saúde bucal de grupos vulneráveis segundo avaliação nacional.			→
Avaliar a penetração de campanhas anteriores de saúde bucal e o marketing de práticas de saúde bucal.	→		
Analisar os indicadores nacionais para avaliar o porcentagem da população sem acesso à atenção bucal.			→
Trabalhar com os países para a identificação de áreas e grupos populacionais sem acesso à assistência.			→
Subcomponente 3: Planejar, desenvolver e implementar uma intervenção-piloto apropriada com base nas necessidades de saúde bucal por faixa etária, usando programas existentes.			→
Em coordenação com as representações nos países e parceiros, selecionar uma área ou país para intervenção.	→		
Desenvolver um modelo de intervenção segmentado, que ofereça um conjunto de medidas básicas de prevenção segundo as necessidades de saúde bucal por faixa etária.		→	
Desenvolver estratégias para o alcance de crianças em idade escolar, mulheres grávidas e pessoas idosas (grupos vulneráveis).			→
Testar estratégias inovadoras que tratam das necessidades únicas de diferentes faixas etárias.			→
Monitorar atentamente e avaliar projetos-piloto para fazer os ajustes/mudanças necessários.			→
Selecionar e difundir modelos de boas práticas para reprodução, ampliação e promoção de políticas de apoio.			→
Meta 2: Integrar a atenção à saúde bucal aos serviços de atenção primária à saúde.			
Subcomponente 1: Integração dos aspectos estruturais e administrativos de programas de saúde bucal em programas de saúde geral nos ministérios da Saúde.			→
Fortalecer e estabelecer cargos nacionais de autoridade em saúde bucal (ASB) com o poder de tomada de decisão tanto com respeito a políticas como com respeito a alocações orçamentárias no ministério da Saúde.			→

Atividade	2006–2007	2008–2009	2010–2011
Promover o estabelecimento de rede nacional de autoridades em saúde bucal em nível central e das regiões do país.		→	→
Desenvolver um projeto de custo-efetividade para tratar infecções bucais na assistência pré-natal.	→		→
Desenvolver estratégias e mecanismos para a prestação de serviços de saúde bucal no âmbito nacional ou regiões do país (ou seja, programas de saúde comunitária ou programas nacionais/regionais em andamento).	→		→
Identificar/criar e difundir modelos de boas práticas de política pública e ferramentas para criação de sistemas para a identificação e o controle de doenças críticas.			
Subcomponente 2: Integrar a saúde bucal nos aspectos operacionais da prestação de saúde e promoção e atenção primária à saúde.	→		
Promover os vínculos da saúde bucal à saúde geral.	→		→
Desenvolver e implementar uma estrutura da provisão de medidas básicas de atenção à saúde bucal em serviços de assistência primária.	→		→
Identificar ou criar diversos modelos de boas práticas de integração da saúde bucal à atenção primária à saúde na região, considerando os diferentes tipos de sistemas de saúde.	→		→
Aumentar a colaboração instituições odontológicas e médicas, organismos governamentais e não-governamentais e o setor privado.	→		→
Meta 3: Ampliar as intervenções de custo-efetividade comprovado – plano de vários anos para programas de fluoração nas Américas e ampliação da cobertura de saúde bucal com tecnologias simples.			
Subcomponente 1: Avanço de sucessos comprovados na saúde: fluoração.			→
Redefinir a tipologia nacional para classificar o estado de fluoração.	→		
Classificar e priorizar os países de acordo com novas diretrizes e existência de programas nacionais.	→	→	
Em países <i>sem</i> programas de êxito: implementar programas de fluoração com vigilância apropriada, monitoramento constante e utilização eficaz de recursos humanos.	→		→
Em países <i>com</i> programas com êxito, consolide os programas de fluoração com de vigilância apropriado, acompanhamento uniforme e utilização de recursos humanos eficaz.		→	→
Apoiar Bolívia, Honduras, Nicarágua e Paraguai para a implementação completa dos programas de fluoração.	→		→
Apoiar a consolidação dos programas de fluoração no Canadá, Chile, Equador, República Dominicana, Cuba, México, Panamá, El Salvador, Peru e o Caribe de língua inglesa.		→	→

Subcomponente 2: Promover e apoiar novas inovações e estratégias para modelos de prestação de saúde bucal incluindo novas tecnologias e boas práticas.				→
Definir as boas práticas apropriadas nos modelos básicos de prestação de serviços.	→			
Promover o papel dos provedores da área da saúde bucal para o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV por meio das manifestações orais da Aids e testes de saliva no nível de ponto de entrada				→
Promover a técnica de restauração atraumática como uma modalidade comum do tratamento restaurador em toda a Região.				→
Monitoração e avaliação				→
Coleta de dados para esforços de monitoração e avaliação				→
Relatório de progresso intermediário				
Avaliação dos programas e relatório final				→

**Orçamento de saúde bucal da OPAS para o biênio
(em dólares norte-americanos)**

Organismos de financiamento	2006–2007	2008–2011
Orçamento ordinário da OPAS:		
Postos	276.000	276.000
Não atribuído a postos	100.000	100.000
Apoio aos países pela OPAS	90.000	90.000
Extra-orçamentário	2.000.000	3,000,000
Outras instituições de apoio (ministérios da Saúde, centros colaboradores da OMS, NIH/NIDCR, CDC e colaboração entre países)	240.000	240.000
Total geral	US\$ 2.706.000	US\$ 3.706.000

REFERÊNCIAS

- 1 Estupiñán-Day S. Promoting Oral Health: The Use of Salt Fluoridation to Prevent Dental Caries. Pan American Health Organization, Scientific and Technical Publication No. 615, Washington, D.C., PAHO, 2005. Reviewed by John J. Warren, DDS, MS. *Journal of Public Health Dentistry*, 2006.
- 2 Estupiñán-Day S, Baez R., Horowitz H, Warpeha R, Sutherland B, Thamer M. 2001. Salt Fluoridation and Dental Caries in Jamaica. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 29: 247-252.
- 3 Estupiñán-Day S. Overview of Salt Fluoridation in the Region of the Americas, Part I: Strategies, Cost-Benefit Analysis, and Legal Mechanisms Utilized in the National Programs of Salt Fluoridation: Salt 2000, 8th World Salt Symposium 2000; 2: 983-988.
- 4 Estupiñán-Day S, Baez R, Sutherland B, Horowitz H, Warpeha R, Marthaler T. 1996. Impact of Salt Fluoridation in Preventing Caries in Jamaica. *J Dent Res* 75 (IADR Abstract 997).
- 5 Estupiñán-Day S. Improving Oral Health in Latin America. *Oral Care Report/Harvard* 1999. 9(3). 1999.
- 6 Estupiñán-Day S. International Perspectives and Practical Applications on Fluorides and Fluoridation. *Journal of Public Health Dentistry* 2004; 40-43.
- 7 Milner T, Estupiñán-Day S. Overview of Salt Fluoridation in the Region of the Americas. Part II: The Status of Salt Production, Quality and Marketing and the State of Technology Development for Salt Fluoridation. In: Geertman, RM, Editor. *Salt 2000, 8th World Salt Symposium*. Amsterdam: Elsevier Science, 2000: 1033-8.
- 8 Beltrán-Aguilar ED, Estupiñán-Day S. Analysis of Prevalence and Trends of Dental Caries in the Americas between the 1970s and 1990s. *International Dental Journal*. 1999; 49:322-329.
- 9 Petersen Poul E, Estupiñán-Day S, Ndiaye C. WHO's action for continuous improvement in oral health. *Bulletin of the World Health Organization*, September 2005, 83(9): 642.
- 10 Estupiñán-Day S, Case 16: Preventing Dental Caries in Jamaica. *Millions Saved: Proven Successes in Global Health*. Center for Global Development, November 2004: 137-140.

- 11 Levine R. Millions Saved: Proven Successes in Global Health. Washington, DC: Center for Global Development, 2004, pp. 137-140.
- 12 Estupiñán-Day S. Promoting Oral Health: The Use of Salt Fluoridation to Prevent Dental Caries. 2005. Op. cit.
- 13 World Health Organization. Selected Publication: The World Oral Health Report 2003. Geneva: World Health Organization, 2003.
- 14 Estupiñán-Day, S. International Perspectives and Practical Applications on Fluorides and Fluoridation. 2004. Op. cit.
- 15 Lopez NJ, Smith PC, Gutierrez J. Higher risk of preterm birth and low birth weight in women with periodontal disease. J Dent Res. 2002, 81:58-63.
- 16 Lopez NJ, Smith PC, Gutierrez J. Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial. J Periodontol. 2002, 73:911-924.
- 17 Lopez NJ, Da S, I, Ipinza J, Gutierrez, J. Periodontal therapy reduces the rate of preterm low birth weight in women with pregnancy-associated gingivitis. J Periodontol. 2005, 76:2144-2153.
- 18 U.S. Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000.
- 19 Estupiñán-Day S. Promoting Oral Health: The Use of Salt Fluoridation to Prevent Dental Caries. 2005. Op. cit..
- 20 Pan American Health Organization “Oral Health of Low Income Children: Procedures For Atraumatic Restorative Treatment (PRAT)” ATN/JF-7025-RG, Project Number 091024, Final Report, May 2006.