



71 

Salud bucal colectiva en brasil.



Fundación  
**Odontología Social**



71 

## Salud bucal colectiva en Brasil.

*Prof. Dr. Paulo Capel Narvai. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo.*

*Profa. Dra. Daniela Lemos Carcereri. Departamento de Odontologia. Universidade Federal de Santa Catarina.*

*Traducción del portugués (Dr. David Ribas Pérez.)*

### Contenidos:

La salud bucal colectiva en Brasil. Perspectiva histórica, contexto actual y desafíos.

### Objetivos:

1. Conocer las políticas públicas de salud en Brasil destacando el movimiento por la salud bucal colectiva.
2. Comprender el significado de la salud bucal colectiva en el contexto político brasileño.
3. Reflexionar sobre los desafíos para la ampliación y mejora de la salud oral en SUS para la salud dental colectiva.

### 1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN BRASIL.

El punto de partida marco de las acciones de salud colectiva en Brasil fue el nombramiento en 1903, el técnico de saneamiento Oswaldo Cruz como director de salud pública. En el cargo, el médico ha implementado un modelo basado en las campañas de salud.<sup>1</sup>

Estas campañas eran necesarias para limpiar las ciudades portuarias, facilitar el comercio marítimo y, sobre todo, no se vieron afectadas las exportaciones brasileñas de azúcar y café, muy dañadas por recurrentes epidemias de fiebre amarilla, paludismo y otras enfermedades. Ciudades como Río de Janeiro y Santos sufrieron intervenciones urbanísticas que se remodelaron profundamente teniendo en el objetivo remodelaciones en el ámbito de la salud pública.

Por lo tanto, desde principios del siglo XX, hasta 1945, las políticas públicas en Brasil, se caracteriza por las denominadas "campaña de saneamiento" ("sanitarismo campanhista") cuyo concepto de la salud se basa en la teoría monocausal. A partir de 1945 hasta los años 60, las políticas públicas se han dirigido hacia "el desarrollo del saneamiento" ("sanitarismo desenvolvimentista"), el sistema de pensiones contaba con un gasto excesivo y un agotamiento de reservas, mientras que los servicios privados mostraron un crecimiento significativo.

La creación del Instituto Nacional de Seguridad Social (INPS) en 1966, consolidó la privatización del modelo médico de la atención, en momentos en que el país estaba bajo el régimen político autoritario establecido por el golpe militar de 1964.

La década de 1970 estuvo marcada por la hegemonía del modelo médico de atención privada enfoque, que se caracteriza por la extensión de la cobertura de seguridad social a la población en su conjunto y una práctica médica individual, curativa, ayuda y asesoramiento.

En contraste con este modelo y en la búsqueda de políticas más universales de salud se inició un movimiento de transformación, que propuso una reforma de la salud, rompiendo la hegemonía liberal privatizadora, y poniendo la salud pública en el corazón del sistema de salud brasileño. Los estudiantes participaron en este movimiento, así como profesores y profesionales de la salud, los parlamentarios, contando asimismo con la participación popular y la Iglesia Católica. En este período fueron los primeros proyectos médicos de atención comunitaria.<sup>1</sup>

En 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma Ata, trajo a la vanguardia de los debates internacionales sobre la atención primaria de salud, con repercusiones en Brasil, que llegó a proponer, a nivel federal, el Programa Nacional Servicios Básicos de Salud.



## 2. CREACIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD.

La década de 1980 estuvo marcada por la crisis de la seguridad social, con problemas de liquidez. Ya no podía hacer frente a las exigencias creadas en la década anterior. Durante este período, y en respuesta a la crisis del bienestar de la salud, los programas fueron propuestos con el fin de facilitar la integración de las políticas de salud en el país que se formaron los embriones del Sistema Único de Salud (SUS), establecida formalmente con la Constitución de 1988, que puso fin al régimen militar en Brasil, y estableció un Estado democrático.

La creación del SUS resultado de una intensa movilización por el derecho a la salud culminó con la formalización de su propuesta en la Conferencia Sanitaria VIII Nacional en 1986.

La octava conferencia trajo como consecuencia de su concepto ampliado propuesto de la salud, entendiéndola como un derecho universal y deber del Estado:

“En su sentido más amplio, la salud es el resultado de las condiciones de alimentación, vivienda, educación, ingreso, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, ocio, libertad, acceso y tenencia de la tierra y el acceso a los servicios de salud [...].”<sup>2</sup>

El movimiento político promovido por la Conferencia Nacional de Salud (CNS), en particular la VIII CNS, dio lugar a la decisión de las conferencias que abordaron temas específicos como, por ejemplo, la salud oral.

## 3. POLÍTICAS DE SALUD BUCAL EN BRASIL.

En 1980, durante VII la Conferencia Nacional de Salud, que se celebró bajo la fuerte influencia de la Conferencia de Alma Ata y su Declaración sobre atención primaria de salud, conoció a un grupo de trabajo que por primera vez en una conferencia nacional de salud pudo discutir la atención de la salud bucodental para analizar la hegemonía en Brasil. El panorama que apuntaba el grupo de trabajo era desolador. La práctica de la odontología en Brasil se consideraba:

[...] Por lo general inadecuadas en cuanto a nuestras diferentes realidades socio-demográficas por ser: ineficaces, ineficientes en costo, alto costo, alta complejidad, baja cobertura, esencialmente mercantilista y monopolizado por las élites, mal distribuidos geográficamente y socialmente principalmente dirigidas a las actuaciones curativas, y también mediante el uso insuficiente en recursos humanos inadecuados. <sup>3</sup>

Las discusiones sobre la salud bucal en el SNC VIII (marzo de 1986) y también en octubre de 1986, se realizó la Primera Conferencia Nacional sobre la Salud Oral (I CNSB). Como parte del proceso de CNS VIII, el debate ICNSB estuvo marcado por la libertad, la democracia y el carácter participativo, que se inició a nivel local en algunas ciudades de Brasil. El estado procedió por etapas, implicando diversas unidades de la federación, en la que los representantes fueron elegidos para el escenario nacional. En el informe final del CNSB se estableció la resolución de la necesidad de:

[...] “La integración de la salud bucodental en el sistema de salud [...] de un Programa nacional de salud oral sobre la base de las directrices de la zona, respetando los parámetros que se ajustan a los diferentes niveles [federales, estatales y locales. ...] universal, jerárquica, regionalizado y descentralizado, con la municipalización de los servicios y fortalecer la capacidad de decisión municipal”.<sup>4</sup>

La Constitución de 1988 fue la primera “Carta Magna” del país que incorporó una sección especial para la salud, dándole cinco artículos.<sup>5</sup>

Desde la creación del SUS en el año 1988 se ha hecho mucho en la búsqueda de la operatividad del sistema, a hacer valer sus principios y dar concreción al derecho de todos a la salud. En este periodo, Brasil ha experimentado profundas desigualdades políticas, económicas y sociales se mantienen aunque en el fondo y la democracia es frágil, con las principales vulnerabilidades institucionales que los espacios abiertos para la imposición de los grupos de interés en la minoría económica y políticamente poderosos o los intereses colectivos. A pesar de estas dificultades, la democracia avanza, garantizar la propiedad y el mandato de los dirigentes populares.

#### 4. SALUD... ¿MERCANCÍA O DERECHO SOCIAL?

Con la creación y desarrollo del SUS, entendido como un proceso social, y por tanto en permanente construcción, con giros y vueltas, contradicciones y conflictos de diversa naturaleza, una nueva forma de pensar y desarrollar las prácticas de salud se está gestando en Brasil. Queda, sin embargo, el choque entre dos modelos de atención de la salud.

Por un lado está el modelo médico y el privado, sobre todo en el período anterior a la introducción del SUS, que sigue a una fuerte presión hegemónica y ejerciendo en el SUS, se centró en los planes de salud de las grandes empresas "y que considera que la atención de salud en una mercancía que se comercializa bajo las leyes del mercado.

Por otro lado, es el modelo de salud pública, que considera la salud como un derecho humano, por lo tanto, el acceso debe ser universal y es la equidad la que prima para obtener la atención requerida por cada persona. Para el modelo del concepto de salud pública más amplia de la salud se requiere de la integración de las acciones y los servicios de salud, basada en la promoción de la salud y políticas públicas intersectoriales para que sea viable.

Uno de los cinco artículos que tratan sobre la salud en la Constitución brasileña determina que el SUS es un sistema descentralizado, con el fin de participar en su organización, todas las unidades federales. Por lo tanto, además del gobierno federal, estados y municipios también se integran y comandan, política, técnica y administrativamente, en sus respectivos ámbitos. Por lo tanto, el SUS tiene sus propios comandos, de acuerdo con cada nivel de gobierno. Además, en cada ámbito deben realizarse periódicamente, conferencias de salud, con la participación de gobiernos, trabajadores y usuarios del sistema. Para controlarlo, se han creado por la ley federal, los consejos de salud en las tres esferas de gobierno.

Desde el inicio del proceso de descentralización previstas por el SUS, los esfuerzos se han centrado en hacer que el acceso al servicio dental de calidad óptima sea una posibilidad concreta para todos los ciudadanos brasileños. Y depende de cómo se organizan estos servicios "el papel de guía del dentista en todas sus dimensiones: clínica, de gestión, educador, promotor de salud, individual, familiar y de grupo depende, finalmente, el actual modelo de atención"<sup>6</sup>

En un intento por aumentar el acceso de las personas a las acciones y servicios de salud oral, el número de estrategias programáticas han sido probados con el tiempo, algunos de ellos, tratando de romper el modelo hegemónico identificado como "mercado dental" que desempeña, en general, en el ámbito de la salud bucodental, el modelo médico-privatizado.

En "Odontología y Salud Oral Pública", Narvai (1994)<sup>7</sup> identificó varias "Odontologías" que en la segunda mitad del siglo XX trató de guiar la dirección del modelo de atención en salud bucal en Brasil, a saber, la "salud dental", la "odontología preventiva", la "odontología social", la "odontología simplificada" y "laodontología integral".

Tratando de romper con el modelo hegemónico de la práctica odontológica vigente en el país se estaba formando en la década de 1980, el llamado el movimiento de la odontología de salud pública, los movimientos articulados de la reforma de la salud y la salud colectiva<sup>7</sup>.

Es un proceso complejo, todavía en curso, con la participación de los diferentes actores involucrados. Se inició en la lucha contra la dictadura militar y terminó con expresión técnico-política en ECEO (Reunión Científica de Estudiantes de Odontología), ENATESPO (Encuentro Nacional de Administradores y Técnicos de Servicio Público Dental), en algunos congresos de odontología y de salud pública dental, en las conferencias sobre la salud y la salud oral, así como en algunas entidades tales como la FIO (Federación Interestatal de los dentistas) y ABOPREV (en ese entonces, la Asociación Brasileña de Odontología Preventiva), entre otros foros, como el Movimiento de Reforma de la Salud y MBRO (Movimiento Brasil Renovación dental).

La Tabla 1, a continuación, recoge información sobre el proceso histórico transcurrido entre las décadas de 1950 y 1980.

Período	Contexto político	Prácticas Odontológicas	Aspectos clave	Modelos de Atención no Brasil
1950-60	Fim da era Getúlio Vargas Governo Juscelino Kubitschek	Odontologia Sanitária	1952 – implantação do sistema incremental em Aimorés/MG, aos escolares.	Médico Assistencial Privatista. MAP
1960-70	Golpe de 64 Ditadura militar	Odontologia Preventiva	Dicotomia preventivo/curativo PROESA - Programa Odontológico Escolar de Saúde, em Porto Alegre/ RS.	Auge do modelo MAP  Estruturação do movimento de reforma sanitária.
Anos 1980	Profunda crise política, social e econômica. VIII Conferência Nacional de Saúde e I Conf. Nacional de Saúde Bucal, em 1986. Constituição de 1988, criação do SUS.	Odontologia Preventiva  Odontologia Integral  Saúde bucal coletiva	1981- Criação da ABOPREV – Associação Brasileira de Odontologia Preventiva.  Biocibernética bucal, a explicação das doenças a partir do contexto bucal.  Oposição frente à odontologia de mercado.	Auge do Movimento da Reforma Sanitária. Com o SUS, surge um novo modelo de atenção com ênfase na promoção da saúde, integralidade das ações e participação popular. Co-existência dos dois modelos: MAP e SUS.

Tabla 1 -La odontología, los modelos de atención sanitaria en el contexto político brasileño en las décadas de 1950 a 1980. Fuente: Adaptado de CARCERERI D.L, 20056.

La década de 1990 se caracterizó por la dificultad de regular el SUS y los avances a expensas del SUS podría haber proporcionado, no era una reanudación de la privatización de modelo médico, debido al fortalecimiento de las ideas neoliberales que se levantó con la elección de Fernando Collor de Mello en 1989 y se intensificó en el gobierno de Fernando Henrique Cardoso (1995-98 y 1999-2002).

## 5. SALUD BUCAL Y PROGRAMA DE SALUD EN LA FAMILIA.

Un logro importante en la década de 1990 en el área de la salud pública fue la creación en 1994 del Programa de Salud Familiar (PSF). Pese a las críticas del programa, visto por algunos autores como “programa focalizado” un programa “de los pobres a los pobres” y de carácter “prescriptivo”, el PSF se fortaleció, se expandió rápidamente por todo el país y se convirtió en el modelo para la reorganización de la salud. El programa tenía un equipo de salud de la familia compuesta por médicos, enfermeras y la salud de la comunidad. Sólo en 2000, después de un amplio movimiento que contó con la participación de las entidades de asesoramiento sobre salud dental, y profesionales de la salud, el campo de la Odontología se unieron al programa.<sup>10</sup> La Portaria 1444 regula la entrada del equipo de salud oral en el PSF en dos tipos de integración: El método que consiste en el dentista (CD) y un asistente dental (CDA) y tipo II como el equipo de un dentista, un ACD y un higienista dental (DH). Fue construido inicialmente un equipo de salud oral para cada dos equipos de salud familiar.

## 6. BRASIL SONRIENTE: LA SALUD BUCAL EN EL GOBIERNO DE LULA.

Con la elección de Luiz Inácio Lula da Silva a la presidencia en 2002, fue de nuevo posible volver a conducir y el funcionamiento del Sistema Único de Salud. En el área de la salud oral finalmente fue llamado a participar en la escena política contribuyendo a la acumulación de conocimientos y prácticas producidas en el tiempo, la formulación de directrices para el nuevo Nacional de Salud Oral (PNSB), conocido como “PROGRAMA BRASIL SONRIENTE (Brasil sorridente).” Esta participación se expresa en el documento de las Directrices Nacionales de Salud Oral, que establece que estos son los siguientes:

“Como resultado de un proceso de conversaciones con el estado de los coordinadores de la salud oral y la construcción sobre las proposiciones que, en las últimas décadas se han generado en las conferencias y reuniones, y la salud pública dental, así como en consonancia con las deliberaciones de la Conferencia Nacional de Salud y 1<sup>o</sup> y 2<sup>a</sup> Conferencia Nacional de Salud Bucal”.<sup>11</sup>

Incluso en la actualidad el movimiento de la odontología de salud pública ha reafirmado su participación en todos estos espacios y el Foro Nacional de Trabajadores de la Salud en ABEN (Asociación Brasileña de Educación Odontológica ABRASCO (Asociación Brasileña de Salud Colectiva), y en especial participación activa en los consejos nacionales del Estado y Municipales de Salud.

Con la implementación de “Brasil Sonriente” se vieron una serie de avances para incluir la salud oral en el SUS.

En 2003, casi diez años después de la liberación del PSF, la Ordenanza 67312 permitió la inclusión de un equipo de salud oral en cada equipo de salud familiar. De acuerdo con las directrices Nacional de Salud Bucal:

“Al poner la salud oral de la propuesta de incluir un equipo multidisciplinario, así como la introducción de la nueva “afrenta valores, lugares y consolidó el poder por las prácticas de los modelos que la precedieron”<sup>11</sup>.

En 2006, el PSF pasa a ser reconocido como una estrategia principal para la puesta en marcha de la atención primaria de salud en Brasil. De acuerdo con el Ministerio de Salud que ahora se llama la Estrategia de Salud Familiar se basa en los siguientes supuestos: carácter sustitutivo, aprovechar la estructura existente, en sustitución de las prácticas tradicionales de cuidado de un nuevo proceso de trabajo, desde la perspectiva de la vigilancia la salud, la integridad y la jerarquía, adscripción territorial, de la clientela y multiprofesional.<sup>13</sup>

A pesar de la diferenciación del “equipo de salud oral”, en relación con el equipo en su conjunto, las acciones de salud en la familia centradas en el trabajo multiprofesional y en la integralidad están exigiendo de todas las áreas involucradas, un compromiso con la salud, en su concepto más ampliada. Por lo tanto, no hay espacio para recortes, ya que el FSE es la manera de colocar la Odontología como una de las áreas que trabajan en el campo de la salud, lo que confirma el modelo propuesto por la corriente de la odontología de salud pública. Una Odontología capaz de “pensar en grande”, “pensar en el todo”, planificar y actuar conjuntamente con el equipo. El dentista, definitivamente no debe estar solo en su campo, ya que actúa de una manera diferente, de acuerdo con las atribuciones de cada uno, integrándose con muchos otros profesionales.<sup>6</sup>

En este modelo de atención de salud organizada por el multi-profesional, por un enfoque interdisciplinario e intersectorial considera la integridad y la complejidad del ser humano, contextualizándolo en su hogar, comunidad y sociedad.

La Estrategia de Salud de la Familia establece que los deberes y atribuciones de los dentistas se encontrarán en la atención primaria. Entre ellos se encuentran: el examen clínico para conocer la realidad epidemiológica de salud oral de la comunidad, realizar las acciones de atención integral, que combina el rendimiento clínico de salud de la comunidad para ayudar a las familias, individuos o grupos, de acuerdo con el plan de las prioridades locales, planificar y supervisar el suministro de insumos para la acción colectiva.<sup>16</sup>

Paralelamente a la expansión de puestos de trabajo y las acciones de salud bucodental en atención primaria, los avances proporcionados por este Brasil Sonriente para discutir la necesidad de aplicar acciones especializadas de salud oral en el NHS. Sobre la base de datos de una encuesta epidemiológica nacional realizada en 2003 y con el objetivo de ampliar y mejorar la oferta de servicios dentales se llevó a cabo una red especializada de clínicas especializadas en odontología (CEO). Así, desde 2004, comenzó la instalación de director general en todos los estados brasileños, la base de esta acción han sido documentados a través de la Ordenanza MS/GM-1.570.<sup>18</sup>

Otras acciones importantes derivadas de la nueva PNSB incluyen la lucha por el mantenimiento y la expansión de los suministros de agua fluorada pública, para regular el acceso a SUS a través de las convocatorias de licitación para la calificación del proceso de trabajo recomendadas por el Fondo Social Europeo, la emisión de un serie de publicaciones que contienen los parámetros fundamentales que rigen las acciones de salud bucal en línea con el modelo propugnado por la odontología de salud pública.





Entendiendo que este es un proceso continuo que se reconoce que muchos problemas se presentan y seguirán existiendo un esfuerzo técnico y político de todos los implicados en la defensa de la odontología de salud pública.

Hay que reconocer, sin embargo, que la expansión de las acciones de salud bucodental en atención primaria, con prioridad para el Fondo Social Europeo, en la atención secundaria, con una importante red de CEO y la organización de tercer nivel de atención, especialmente en la asistencia relacionada con el cáncer oral, forma consolidada propuesto por PNSB cuidado Brasil Sonriente en el ámbito de la SUS19.

En la Tabla 2, a continuación, un resumen de las principales informaciones sobre el proceso histórico de la inclusión de acciones de salud bucal en el SUS, en la lógica de la SBC.

Período	Contexto político	Prácticas Odontológicas	Aspectos clave	Modelos de Atención no Brasil
Anos 1990	Crise política, "impeachment" do presidente Collor. Neoliberalismo. Regulamentação do SUS: Lei Orgânica da Saúde. Operacionalização do SUS	Procedimentos coletivos de saúde bucal (PC).  Programa Saúde da Família (PSF), 1994.	Financiamento de PC pelo Ministério da Saúde (MS)  Inserção da equipe de saúde bucal (ESB) no PSF por iniciativa de alguns municípios e estados brasileiros.	Retrocesso na implementação do novo modelo, o MAP ganha força. O movimento da reforma sanitária esforça-se em operacionalizar o SUS.
2000-2006	Fim do governo Fernando Henrique Cardoso (2002).  Início do primeiro mandato governo Lula - 2003- 2006	2000 – O MS regulamenta a inserção da ESB na Estratégia Saúde da Família (ESF)  2003 - Programa Brasil Sorridente – Nome fantasia da PNSB	Inclusão da ESB na ESF sendo uma ESB para cada duas equipes de saúde da família.  Expansão ESB na ESF sendo uma ESB para cada equipe de saúde da família Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas-CEO	O SUS busca consolidar-se com a reorientação da atenção básica através da ESF, que se expande rapidamente pelo país.
2006-2011	Segundo mandato do governo Lula - 2007-2010  Início do governo Dilma Rousseff, em 2011	Fortalecimento do Brasil Sorridente  Continuidade do Programa Brasil Sorridente	Ampliação do número de ESB na ESF Expansão da rede CEO Início da qualificação do processo de trabalho em saúde bucal na lógica da ESF Ampliação da fluoretação das águas de abastecimento público  Avanços na implantação e qualificação da rede de saúde bucal do SUS? IV Conferência Nacional de Saúde Bucal?	Estratégia Saúde da Família configura-se como modelo assistencial reorganizador da atenção primária Fortalecimento do SUS

Cuadro 2-La odontología, los modelos de atención sanitaria en el contexto político brasileiro en la década de 1990 a 2011. Fuente: Adaptado de CARCERERI DL, 20056.



Para los equipos de salud bucodental estén presentes en 4830 (87%) de los 5.566 municipios brasileños, y en ese período, la cobertura potencial ha aumentado de 15% a aproximadamente el 45%, se llevó a cabo un gran esfuerzo.

Pero debe quedar claro que, en Brasil, con respecto a la oferta de acciones y servicios de salud oral, que viven dos modelos diferentes identificados como "la salud bucal" (SBC) y 'mercado dental "(OM) siendo ambos articulada y como parte del intento político e ideológico actual para influir en el curso de PNSB, en la defensa de sus intereses.<sup>20</sup> ¿Qué está en juego es esencialmente el modelo de atención en salud oral, la SBC o con ciertas características con el OM y otros, esta es la clave para el PNSB conflicto actual.

La conquista del Estado democrático de derecho consagrado en la Constitución de 1988, legó al Sistema Único de Salud (SUS), que, a pesar de sus limitaciones y el sufrimiento ataques diarios, ha puesto de manifiesto un logro notable de la ciudadanía.

En el campo de la salud bucal, en particular, una serie de avances se registraron en la última década, ya que con la inclusión de las acciones de salud oral, SUS ha contribuido a enfrentar y superar algunas de las características del modelo de atención se describe en la 7ª Conferencia Nacional de salud

## 7. RETOS PARA BRASIL SONRIENTE.

Como se puede ver la creación del Sistema Único de Salud en 1988, el proceso de descentralización que siguieron, la aplicación del Programa de Salud Familiar y su consolidación en el Programa de Salud Familiar y la implementación de Brasil Sonriente, llevó a la inclusión de la salud en los servicios de salud dental pública en Brasil.

Pero a pesar de todos los avances, el papel del dentista tan solo en su consulta sigue siendo una realidad en Brasil, tanto en el sector público, como en el sector privado.

Para satisfacer las demandas de la sociedad brasileña es necesario para producir cambios en el proceso de trabajo dental, la incorporación de las tareas diarias, especialmente en el sector público, auxiliar del equipo, el auxiliar de salud oral (ASB) y el técnico dental (TSB). El desafío estratégico que representa para las fuerzas políticas que han trabajado para incluir la salud oral en el PSF no se permite restringir la presencia de odontólogos en el PSF, y no jugar el papel de modelos exclusivos.

Uno de los mayores obstáculos a superar es, por un lado, la falta de profesionales con habilidades en el mercado laboral y su falta de incorporación de otros servicios, de hecho, el sector público. Se están haciendo esfuerzos en este sentido con la reorientación política de la formación profesional de la odontología en la dirección del SUS y con la política de expansión de las licitaciones públicas para el equipo de salud dental.<sup>21,22,23.</sup>

Aunque la exclusión de acceso a la atención dental en Brasil sigue siendo la realidad y el modelo de atención persisten con cirugía reparadora-enfoque en muchas regiones del país, en la última década ha traído muchos avances.

La encuesta de salud oral epidemiológico realizado en 2010 (SB Brasil 2010) reportaron tasas de disminución de la caries en los escolares. Cada brasileño de 12 años de edad tiene un promedio de 2.1 dientes cariados. Sin embargo, jóvenes, adultos y ancianos tiene altos niveles de enfermedades bucales, caries sobre todo dental y enfermedad periodontal.<sup>24</sup>

El mayor acceso a los servicios dentales es la calificación del proceso de trabajo a la luz de la FSE, e implica el progreso en los conceptos y prácticas que permitan romper la hegemonía de la Odontología de mercado, la transformación del modelo de atención y, por tanto, avanzar en la desodontologización de la salud oral y dental universal, recomendado por la SUS, la fabricación de hormigón para todo el mundo, incluso en su componente oral, el derecho humano a la salud.

Al revisar los avances y desafíos de la Política Nacional de Salud Bucal / Brasil Sonriente, se debe considerar que el futuro de la salud oral en el SUS dependerá de cómo se resuelve en los próximos años, el reto fundamental de fortalecer la sociedad civil, respetando los movimientos sociales populares y consolidar la democracia.



Mantener la salud oral en la agenda de gestión de políticas públicas requiere de esfuerzos por lo menos tan consistente como los realizados en los primeros 20 años del SUS. A pesar de la relevancia de estos desafíos es fundamental no perder de vista que el principal desafío para el PNSB no se permite despegar las políticas de salud, la integración efectiva del SUS y la vinculación con otras políticas públicas encaminadas a combatir y superar las la pobreza y la desigualdad social, disminuyendo, por lo tanto, su reducción a un programa dental simple

Por su compromiso histórico con la defensa de un sistema de salud único, universal e igual, la odontología de salud pública se configura como una corriente de pensamiento y de los campos del conocimiento y las prácticas que considera que los requisitos de la integración estratégica de la salud bucal en el cuidado de la salud que, combinando la gestión de control participativo y popular de las políticas públicas, por lo que el estado brasileño de garantizar a todos los ciudadanos a ejercer su derecho a la salud. Para ponerse en esa dirección y no ejerce el papel de la negación de conservadores y socialdemócratas del derecho a la salud bucal, odontología debe reevaluar su papel y su alcance social.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Da Ros MA. Fleck e os estilos de pensamento em saúde pública. Um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ entre 1948 e 1994. 2000. 207 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
3. Narvai PC. Recursos humanos para promoção da saúde bucal. In: KRIGER, L. (Coord.). ABOPREV: promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1999. p. 447-463.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
5. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília, DF: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.
6. Carcereri DL. Estudo prospectivo sobre a gestão de competências na área de odontologia no contexto do Sistema Único de Saúde/SUS, no estado de Santa Catarina. 2005. 217f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
7. Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva: São Paulo: Hucitec, 1994.
8. Frazão P, Narvai PC. O SUS e a política nacional de saúde bucal. In: Antonio Carlos Pereira (org). Tratado de saúde coletiva em odontologia. Nova Odessa: Napoleão; 2009.
9. Merhy E, Franco T. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? Saúde em Debate, Londrina, v.16, n.60, p.118-122, jan./abr. 2002.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: 10 out.2003.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes.php>>. Acesso em: 30 Out. 2008.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 673/GM, de 03 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às ações de saúde bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. Brasília, DF. Disponível em: <[saude.gov.br/legislacao](http://saude.gov.br/legislacao)>. Acesso em: 10 out. 2003.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2008.
14. Verdi M, Da Ros, MA, More C, Carcereri DL et al. Programa de Residência Integrada do Curso de Odontologia da UFSC: o desafio de uma construção interdisciplinar coletiva. In: Haddad AE. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 283-304. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em <[http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/residencia\\_multiprofissional.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf)>. Acesso em 20 ago 2011.
15. Carcereri DL, Amante CJ, Reibnitz MT et al. Formação em odontologia e interdisciplinaridade: O PRO-SAUDE da UFSC. Revista da Associação Brasileira de Ensino Odontológico. 2011(1):62-70.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 267/GM, de 06 de março de 2001. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: 10 out. 2003.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil – Relatório Final. Disponível em: <[www.portalsaude.gov.br/saude/](http://www.portalsaude.gov.br/saude/)>. Acesso em: 11 ago.2011.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1570/GM, de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a

- implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Brasília, DF. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1570.htm>>. Acesso em: 10 out. 2005.*
19. Pucca-Jr, Lucena EHG, Cawahisa PT. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. *Brazilian Oral Research*. 2010;24(Supl.1):26-32.
20. Narvai PC, Frazão P. *Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
21. Campos FE, Brenelli SL, Lobo LC, Haddad AE. O SUS como Escola: a responsabilidade social com a atenção à saúde da população e com a aprendizagem dos futuros profissionais de saúde. *Rev Bras Educ Med* 2009;33(4) [acesso em 2010 set 13]; 513-514. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n4/v33n4a01.pdf>.
22. Morita MC, Haddad AE, Araújo ME. *Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro*. Maringá: Dental Press; 2010.
23. Souza AL, Carcereri D L. Estudo qualitativo da integração ensino-serviço em um curso de graduação em Odontologia. *Interface (Botucatu. Impresso)* 2011;15(39) set./dez [ahead of print]. Disponível em< <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000025>>, Acesso em 27 ago 2011.
24. Roncalli AG. Projeto SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal revela importante redução da cárie dentária no país. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011; 27(1):4.
25. Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saúde em Debate*. 2009;33(81):64-71.