



**Organização
Mundial da Saúde**

ESCRITÓRIO REGIONAL **Africano**

AFR/RC58/9
24 de Junho de 2008

COMITÉ REGIONAL AFRICANO

ORIGINAL: FRANCÊS

Quinquagésima-oitava sessão

Yaoundé, República dos Camarões, 1–5 de Setembro de 2008

Ponto 7.7 da ordem do dia provisória

**IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA REGIONAL DE SAÚDE ORAL:
ANÁLISE DA SITUAÇÃO E PERSPECTIVAS**

Relatório do Director Regional

ÍNDICE

Parágrafos

ANTECEDENTES	1 – 7
PROBLEMAS E DESAFIOS	8 – 16
ACÇÕES PROPOSTAS	17 – 28

ANTECEDENTES

1. A saúde oral é uma componente essencial da saúde em geral. Considerando a sua morbidade e o seu impacto socioeconómico, as doenças orais constituem um importante problema de saúde pública e, no entanto, podem ser evitadas. As suas consequências, nomeadamente a dor e as deficiências funcionais, exercem um impacto negativo sobre a saúde dos indivíduos e das comunidades.
2. Em 1998, o Comité Regional Africano da OMS adoptou uma estratégia regional decenal (1999-2008) para a saúde oral¹. Essa estratégia visa os problemas de saúde oral mais graves que se colocam às populações, definindo cinco eixos prioritários: a elaboração de estratégias nacionais e sua implementação, a integração da saúde oral nos programas de saúde, a prestação de serviços, uma abordagem regional de educação e formação e o desenvolvimento de um sistema de informação para a gestão da saúde oral.
3. A cárie dentária e as doenças dos tecidos de suporte dos dentes são problemas predominantes da saúde oral, por força das mudanças nos hábitos alimentares das populações e das insuficiências no seu tratamento. Em 2003, na Região Africana, foram afectadas entre 60 e 80 % das crianças² em idade escolar, as quais representam o grupo mais vulnerável. Nos adultos, as doenças não transmissíveis são, muitas vezes, responsáveis por feridas nas gengivas e noutros tecidos de suporte, assim como pela queda de dentes. A diabetes, as doenças cardiovasculares, os cancro e as doenças respiratórias crónicas são factores de risco comuns às doenças orais³; alguns desses factores, designadamente o consumo excessivo de açúcar e de álcool, o uso do tabaco ou a má higiene oral, podem ser evitados.
4. O noma representa um grave problema para a Região. Os factores de risco mais conhecidos são a pobreza, a malnutrição e doenças infecciosas, como o sarampo, o paludismo ou o VIH/SIDA. O noma atinge, sobretudo, as crianças entre os 2 e os 6 anos de idade, provocando graves mutilações orofaciais e uma elevada mortalidade, se não for devidamente tratado. Na Região, de acordo com as notificações de 22 países, em 2006, o número de novos casos foi estimado em 42 800⁴. Alguns países, como a Zâmbia, o Zimbabwe e o Lesoto declararam casos de noma em crianças e adultos infectados com o VIH⁵.
5. Nos doentes infectados com o VIH, a prevalência das lesões orais associadas à infecção varia entre 50 e 60%; reconhece-se a importância dessas lesões como indicador da infecção pelo VIH e como factor indicativo da progressão da infecção para a SIDA⁶. Os cancros orofaríngeos estão, igualmente, em clara progressão em vários países e geralmente ligados a uma crescente intoxicação tabágica. Em África, entre 1995 e 1998, a incidência-padrão destes cancros em função da idade era de 1,9 por 100 000 habitantes⁷, tendo passado, em 2005, para 6,9 por 100 000 habitantes na África Oriental e na África Austral⁸.

¹OMS, *Saúde oral na Região Africana: estratégia regional 1999-2008*. Organização Mundial de Saúde, Escritório Regional Africano (AFR/RC48/R5).

²Petersen PE, et al. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9) : 661-669, 2005.

³OMS. *Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003*. Organisation mondiale de la Santé (WHO/NMH/NPH/ORH/03.2), Genève.

⁴OMS, *Le Noma aujourd'hui*. Un problème de santé publique ? Rapport sur une consultation d'experts selon la méthode Delphi. Organisation mondiale de la Santé (WHO/MMC/NOM/98.1), 1998.

⁵Chidzonga MM. HIV/AIDS orofacial lesions in 156 Zimbabwean patients at referral oral and maxillofacial surgical clinics. *Oral Diseases* 9: 317-322, 2003.

⁶Coogan M, Greenspan J, Challacombe S. Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus. *Bulletin of the World Health Organization*. 83(9): 700-706, 2005.

⁷Parkin DM, Ferlay J, Hamdi-Cherif M, Sitas F, Thomas JO, Wabinga H, and Whelan SL. Cancer in Africa: Epidemiology and Prevention, IARC Scientific Publication N° 153, Lyon, 2003.

⁸Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C, The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization*. 83(9) : 661-669, 2005.

6. Na sexagésima sessão da Assembleia Mundial da Saúde, os Estados-Membros adoptaram a resolução WHA60.17 sobre saúde oral⁹. Essa resolução salientava a necessidade de integrar as doenças orais nos programas das doenças não transmissíveis.

7. O presente documento tem como objectivo apresentar os progressos realizados no decurso dos 10 anos de implementação da estratégia regional de saúde oral e propor novas acções, tendo em consideração os actuais problemas e desafios e cumprindo as recomendações propostas na resolução WHA60.17.

PROBLEMAS E DESAFIOS

8. Desde a adopção da estratégia regional, os Estados-Membros têm feito progressos notáveis neste domínio, apesar de persistirem vários problemas e desafios.

9. Vinte e dois países elaboraram políticas, estratégias e programas nacionais de saúde oral¹⁰, com base num manual concebido pela OMS, tendo a respectiva implementação sido já iniciada. Nove países dispõem de programas nacionais de luta contra o noma. Em 1998, 14 países tinham um responsável pela saúde oral ao nível do Ministério da Saúde; segundo uma sondagem regional realizada em 2007 e cujos resultados serão em breve publicados, esse número passou para 23, testemunhando, assim, os esforços feitos pelos governos a favor da saúde oral. No entanto, esses responsáveis raramente têm ligação aos órgãos de tomada de decisões, no que diz respeito à planificação e desenvolvimento dos programas de saúde.

10. Relativamente à integração da saúde oral nos programas de saúde, 25 países introduziram intervenções específicas de saúde oral nos programas de luta contra o VIH/SIDA, de saúde materna e infantil e de saúde escolar. Entretanto, o programa de saúde oral é executado sob a forma de elementos isolados dos planos nacionais de saúde.

11. Os serviços de cuidados de saúde oral situam-se, essencialmente, nos grandes centros urbanos, ao nível dos hospitais nacionais ou regionais. Em 2007, a cobertura geográfica estava estimada em um serviço dentário para 146 534 habitantes. Apesar disso, esses serviços dispensam muito pouca atenção à prevenção e aos cuidados de conservação dentária; estão, essencialmente, dirigidos para os tratamentos de urgência, com os riscos de infecção nosocomial. As infraestruturas e os equipamentos são claramente insuficientes. Além disso, a maior parte dos serviços dentários estão dependentes de tecnologias sofisticadas, o que coloca graves problemas de abastecimento e manutenção.

12. Os métodos e os instrumentos de prevenção das afecções buco-dentárias são conhecidos, mas nem sempre são integrados nos planos de acção; as intervenções propostas na estratégia regional têm sido muito pouco aplicadas. Apesar das orientações estratégicas definidas, não se tem dado prioridade à promoção da saúde oral e à prevenção das afecções buco-dentárias e as intervenções desenvolvidas na área da saúde não têm dado o devido relevo à prevenção primária. A adição de flúor como medida de saúde pública não está muito generalizada. Ao mesmo tempo, a prática de tratar a água de modo a baixar o teor de flúor em excesso não é muito utilizada. A participação das comunidades na melhoria da saúde oral continua a ser muito fraca.

13. Vinte países reportaram a existência de financiamento nacional e de fundos suplementares fornecidos pelos parceiros, essencialmente, para a implementação do programa de luta contra o noma; contudo, nos Estados-Membros, os recursos atribuídos à saúde oral continuam a ser

⁹ Résolution WHA60.17, Plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire et pour la prévention intégrée des affections. *Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, mai 2007*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

¹⁰ Formulação de uma política de saúde oral: manual a usar pelos responsáveis pela saúde oral na Região Africana da OMS, Organização Mundial de Saúde, Escritório Regional Africano (AFR/ORH/05.1), 2005.

escassos e insuficientes, provindo, essencialmente, do orçamento nacional. Esses recursos não permitem a realização de certas actividades, tais como o uso de flúor, que são pouco acessíveis ou muito dispendiosos. Os custos do tratamento das afecções buco-dentárias são elevados¹¹ e não tratá-las exerce um considerável impacto sobre as populações, tanto no plano económico como social.

14. Foi definida uma abordagem regional para a educação e a formação, seguindo as orientações da estratégia regional. O rácio dentista por habitante melhorou consideravelmente, passando de 1:150 000, no final dos anos 90¹², para 1:31 000, em 2004¹³, para um total de 23 735 dentistas. Deu-se formação profissional, segundo a abordagem dos cuidados de saúde primários, a auxiliares de dentistas que exerciam a profissão a nível de distrito: 1000 enfermeiros de odontologia em 17 países e 7717 higienistas dentários em 30 países. Existem grandes disparidades entre os países; os recursos humanos da Região ficam muito aquém das necessidades, das normas e das recomendações da OMS, que são de um dentista para 10 000 habitantes, limitando consideravelmente os esforços de descentralização da oferta de serviços de saúde oral. A formação dos dentistas é, muitas vezes, desadequada das necessidades e o pessoal auxiliar de dentista trabalha, a maior parte das vezes, sem um sistema de referência.

15. Quinze países dispõem de um sistema de recolha de dados sobre afecções buco-dentárias, essencialmente orientado para as cáries e as doenças periodontais. O quadro da morbilidade buco-dentária evoluiu, nomeadamente, com as manifestações orais do VIH/SIDA. Os sistemas de vigilância existentes já não estão adaptados à evolução do perfil epidemiológico das doenças orais, exigindo um reajustamento dos indicadores. A OMS¹⁴ elaborou uma lista de 22 indicadores essenciais, que dá especial atenção aos grupos vulneráveis e às consequências negativas dos factores de risco. Embora escolhidos segundo critérios de qualidade, a utilização desses indicadores dependerá sempre do desempenho dos sistemas nacionais de informação sanitária, cuja fragilidade se revela por uma insuficiência de dados fiáveis.

16. Os inquéritos STEP, sobre os factores de risco das DNT, não integraram o módulo sobre saúde oral. As actividades de investigação operacional, específicas da saúde oral são praticamente inexistentes, sendo os respectivos dados utilizados apenas para fins de planificação. A contribuição dos parceiros do desenvolvimento para a investigação e para a saúde oral é, regra geral, muito fraca.

ACÇÕES PROPOSTAS

17. A estratégia decenal (1999-2008) para a saúde oral na Região Africana da OMS continua a ser pertinente. Os progressos registados na sua implementação poderão ser consolidados e os desafios poderão ser ganhos, através da realização das acções apropriadas.

18. **Reforçar o empenho político** dos governos é indispensável para a implementação das orientações da estratégia regional. É também fundamental reforçar a advocacia, a mobilização e a atribuição de recursos, a colaboração e as parcerias, as capacidades e a educação das populações.

19. **Reforçar a coordenação nacional dos programas de saúde oral**, designando um responsável, a nível do Ministério da Saúde, para facilitar a formulação da política de SO, incluindo o noma, as acções concertadas e a implementação eficaz dos programas. Nos países em

¹¹ OMS. *Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003*, Genève, Organisation mondiale de la Santé (WHO/NMH/NPH/ORH/03.2), 2003.

¹² OMS. *Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003*, Genève, Organisation mondiale de la Santé (WHO/NMH/NPH/ORH/03.2), 2003.

¹³ WHO, *The African Regional Health Report, 2006*. World Health Organization, 2006.

¹⁴ WHO, *Standardization of Oral Health Information in the African Region*. Report of the Regional Workshop, May 2005. Brazzaville, World Health Organization, Regional Office for Africa (AFR/ORH/07.1).

que esses responsáveis já foram nomeados, as suas atribuições deverão estar claramente definidas e as suas prerrogativas reforçadas.

20. **Adoptar uma abordagem integrada** para melhorar a saúde oral, em conformidade com a resolução WHA60.17 e baseada na abordagem dos factores de risco comuns, privilegiando as acções a favor da sensibilização e da educação das populações. A integração da saúde oral far-se-á nos planos de estudo e nos programas relativos à saúde escolar, ao VIH/SIDA, à saúde da mãe e da criança, à atenção integrada às doenças da infância e às doenças não transmissíveis. Para a aceleração da implementação dos programas integrados de saúde oral, a estratégia dos CPS continuará a constituir a pedra angular, que permitirá às comunidades das zonas rurais e aos grupos vulneráveis terem acesso aos cuidados essenciais. A OMS facilitará o desenvolvimento e a implementação dessa abordagem integrada de saúde oral noutros programas, fornecendo aos Estados-Membros orientações técnicas para a sua aplicação.

21. **Elaborar e implementar programas de promoção da saúde oral**, com relevo para a identificação dos determinantes da saúde, ao nível das comunidades, e para a abordagem da participação comunitária nos esforços a desenvolver em prol da saúde. A OMS favorecerá a criação de mecanismos para melhorar a capacidade de conceber e implementar as intervenções de prevenção para a saúde oral.

22. **Reforçar as verbas dos orçamentos nacionais** destinadas às actividades de prevenção e de luta contra as doenças buco-dentárias e associar os responsáveis da saúde oral à sua gestão. A OMS participará com os Estados-Membros na mobilização de recursos suplementares.

23. **Investir nas infraestruturas e equipamentos adequados**, criando um sistema de gestão que garanta a manutenção e o abastecimento regular de consumíveis. Dar-se-á especial atenção à prevenção das infecções nosocomiais. A disponibilidade e o acesso aos medicamentos dentários devem ser garantidos, com base no conceito de medicamentos essenciais, segundo os CPS.

24. **Aumentar o número de profissionais de saúde oral** qualificados e motivados, para dar resposta às necessidades das populações, em especial ao nível de distrito. Para tal, será necessário elaborar programas de formação, que incluam também a supervisão, para as categorias de pessoal correspondentes às necessidades e às infra-estruturas disponíveis nos países, mas também promover a criação de redes e de alianças que permitam a partilha de experiências positivas, à escala regional.

25. **Desenvolver ou reforçar os sistemas de vigilância**, ao nível dos programas, para a integração dos indicadores essenciais de saúde oral no sistema de informação sanitária. Será preciso, também, promover a integração da vigilância do noma no sistema integrado de vigilância e resposta às doenças e incluir o módulo de saúde oral nos inquéritos STEP da OMS.

26. **Incentivar a investigação**, com a finalidade de fornecer dados factuais sobre a eficácia e o custo das intervenções de saúde oral. É também necessária investigação sobre as implicações de saúde pública acerca do excesso de consumo de flúor. Favorecer a implementação de métodos e instrumentos para garantir a monitorização e a avaliação da implementação das intervenções de promoção da saúde oral e prevenção das afecções buco-dentárias.

27. **Reforçar as parcerias intersectoriais e multisectoriais**, incluindo o sector privado e as ONG. Os centros de colaboração da OMS e outros parceiros deverão também contribuir para a implementação dos programas nacionais de saúde oral.

28. O Comité Regional é convidado a analisar e aprovar as acções propostas.