



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MARIA GABRIELA BORDA

**POLÍTICAS E INDICADORES DE SAÚDE BUCAL NA ARGENTINA E NO BRASIL
ENTRE 2000 E 2020**

FEIRA DE SANTANA-BA

2021

MARIA GABRIELA BORDA

**POLÍTICAS E INDICADORES DE SAÚDE BUCAL NA ARGENTINA E NO BRASIL
ENTRE 2000 E 2020**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia das Doenças Bucais.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ynara Bosco de Oliveira Lima-Arsati.

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Thereza Christina Bahia Coelho.

FEIRA DE SANTANA-BA

2021

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

B724p Borda, Maria Gabriela
Políticas e indicadores de saúde bucal na Argentina e no Brasil
entre 2000 e 2020 / Maria Gabriela Borda. –, 2021.
235f.:il.

Orientadora: Ynara Bosco de Oliveira Lima-Arsati.
Coorientadora: Thereza Christina Bahia Coelho
Dissertação(Mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2021.

1. Saúde bucal – Políticas públicas 2. Saúde bucal – Argentina –
Brasil – 2000-2020. I. Lima-Arsati, Ynara Bosco de Oliveira, orient. II.
Coelho, Thereza Christina Bahia, coorient III. Universidade Estadual de
Feira de Santana. IV. Título.

CDU: 616.314-084

MARIA GABRIELA BORDA

**POLÍTICAS E INDICADORES DE SAÚDE BUCAL NA ARGENTINA E NO BRASIL
ENTRE 2000 E 2020**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovação em Feira de Santana-Ba, _____

Prof.^a Dr.^a Ynara Bosco de Oliveira Lima-Arsati.

Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof.^a Dr.^a Viviane Elisângela Gomes

Universidade Federal de Minas Gerais

Prof.^a Dr.^a Clara Aleida Prada Sanabria

Universidade Estadual de Feira de Santana

Dedico este trabalho a todos os usuários
do setor público do Sistema de Saúde
argentino e do SUS

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao Brasil pelo acolhimento como estudante estrangeira da pós-graduação e à Argentina pela educação pública recebida ao longo da minha formação.

Aos meus pais, Carlos e Gladys e a Héctor por confiar em mim sempre, pelo amor incondicional e pela educação recebida.

A Pablo Zunino, meu companheiro de vida, pelas criações juntos de momentos impossíveis, os devires, e pela enorme felicidade de compartilhar cada dia.

A todas as mulheres que me apoiaram nesta caminhada, em especial a Vanesa, Alfonsina, Natalia, Inés, Ana Maria e Violeta.

Ao Programa de Alianças para a Educação e Capacitação (PAEC) realizado pela Organização dos Estados Americanos (OEA) e o Grupo Coimbra de Universidades Brasileiras (GCUB), com o apoio da Divisão de Assuntos Educacionais do Ministério das Relações Exteriores do Brasil, pela contribuição com a integração e fortalecimento regional das Américas.

Às professoras Ynara Bosco de Oliveira Lima-Arsati e Thereza Christina Bahia Coelho, minhas queridas orientadoras e coorientadora desta Dissertação, pelo direcionamento, apoio, e pela dedicação que tiveram para me orientar.

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana e a todos os professores do mestrado, especialmente, aos professores Marcelo Torres Peixoto e Maria Lucia Servo pelo incentivo, o carinho e os ensinamentos.

Ao NUSC por ter-me acolhido como aluna estrangeira, pelas reuniões, os desafios e todo o aprendizado.

Às professoras doutoras Viviane Elisângela Gomes e Clara Aleida Prada Sanabria pelo gentil aceite para banca avaliadora deste trabalho.

Por fim, agradeço ao Ministério de Saúde da Nação Argentina e a Direção de Saude Bucal da Argentina pela enorme colaboração com este trabalho.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

“Temos o direito de ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito de ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza.

Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades”

(Boaventura de Sousa Santos)

RESUMO

As doenças bucais afetam desproporcionalmente aos membros mais pobres e socialmente desfavorecidos da sociedade. Existe uma associação forte e consistente entre as condições socioeconômicas, a prevalência e a gravidade das doenças bucais. Elas representam um problema de saúde pública devido à sua alta prevalência, o impacto sobre o indivíduo e na sociedade. Na Argentina, apesar índice de CPOD aos 12 anos baixo, a necessidade de tratamento por cárie dentária e doença periodontal é elevada. O Brasil, a partir da implantação do Programa Brasil Sorridente mostrou mudança no perfil epidemiológico das doenças com baixa prevalência de cárie dentária. Porém, as políticas em saúde bucal e fatores associados aos determinantes sociais do processo saúde-doença nos países precisam ser analisados. Trata-se de um estudo de caso qualitativo e quantitativo, que tem por objetivo analisar as políticas em saúde bucal dos países na perspectiva do Postulado de Coerência de Mario Testa; comparar as políticas em saúde bucal com as Metas em Saúde Bucal para 2020 propostas pela OMS; e comparar os principais indicadores em saúde, bem como indicadores das dimensões sociodemográfica, econômica e ambiental no período 2000-2020. Foi realizada uma análise documental com a metodologia de análise de conteúdo e o auxílio do *software* Atlas. ti versão 8. Os indicadores selecionados, foram analisados e comparados ao longo do período, outros indicadores foram comparados com os dados mais atuais disponíveis nos países, com o auxílio do programa Excel. Utilizados documentos oficiais, bases de dados de livre acesso e consultas públicas pelas plataformas de organismos oficiais, por essa razão não foi requerido o Comitê de Ética em Pesquisa. Os resultados obtidos permitem inferir que as políticas em saúde bucal são mais robustas no Brasil, tanto na oferta e na cobertura potencial de serviços públicos como nas ações ampliadas em saúde bucal na APS e na intersetorialidade delas. Entretanto, afirmamos que, durante o período de estudo, indicadores de educação, saúde geral, desenvolvimento humano, desigualdade de renda e dimensão ambiental foram mais favoráveis para a Argentina; e indicadores da dimensão econômica, favoráveis para o Brasil. Estudos como este pretendem refletir sobre os perfis epidemiológicos das doenças bucais dos países em questão, os avanços, os retrocessos e as lacunas que ainda têm, além de colaborar na área de planejamento e gestão em saúde bucal.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas públicas de saúde, Saúde bucal. Argentina. Brasil.

ABSTRACT

Oral diseases disproportionately affect the poorest and most socially disadvantaged members of society. There is a strong and consistent association between socioeconomic conditions and the prevalence and gravity of oral diseases. They represent a public health problem due to their high prevalence, the impact on the individual and society. In Argentina, despite having a low DMFT index at 12 years of age, the need for treatment for dental caries and periodontal disease is high. Brazil, since the implantation of the *Programa Brasil Sorridente*, presented a change in the epidemiological profile of oral diseases with a low prevalence of dental caries. However, oral health policies and factors associated with the social determinants of the health-disease process in countries need to be analyzed. This qualitative and quantitative case study aims to analyze the oral health policies of the countries in the perspective of Mario Testa's Coherence Postulate, compare oral health policies with the Oral Health Goals for 2020 proposed by WHO and to compare the main health indicators, as well as indicators of the socio-demographic, economic and environmental dimensions in the period 2000-2020. A documentary analysis was carried out with the content analysis methodology and the aid of the Atlas. ti software version 8. The selected indicators analyzed and compared over the period, although other indicators compared with the most current data available in the countries, with the aid of the Excel program. Since official documents, free access databases and public consultation by platforms with official bodies were used, presentation to the Research Ethics Committee was not required. The result obtained allow us to infer that oral health policies are more robust in Brazil, both in terms of the offer and the potential coverage of public services and in the expanded oral health actions in PHC and intersectoral. However, we affirm that, during the study period, indicators of education, general health, human development, income inequality and environmental dimension were more favorable for Argentina, and economic dimension indicators, favorable to Brazil. Studies like this aim to reflect on the epidemiological profiles of oral diseases in the countries in question, the advanced, setbacks and gaps that still exist, in addition to collaborating in planning and management in oral health.

Key words: Public health policy, Oral Health, Argentina, Brazil.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Ciclo da política em cinco momentos principais	28
Figura 2- Postulado de Coerência.....	33
Figura 3- Marco Teórico do Ciclo da Política de Rossi segundo Chaves e Rossi, 2015	34
Figura 4- Determinantes Sociais. Modelo de Dahlgren e Whitehead, 1991	38
Figura 5- Modelo dos Determinantes Sociais da saúde de Solar e Irwin, 2010	39
Figura 6-Modelo da Análise de Políticas em Saúde Bucal	78
Artigo 2	
Figura 1- Modelo de análise e interpretação de dados.....	129
Figura 2- Análise da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil implantada em 2004.....	131
Artigo 3	
Gráfico 1- Indicadores de pobreza e emprego na Argentina 2000-2020.....	157
Gráfico 2- Indicadores de pobreza e emprego no Brasil 2000-2020.....	157
Gráfico 3- Índice de GINI e IDH, Argentina Brasil 2000-2020.....	158
Gráfico 4- Indicadores Ambientais Argentina-Brasil 2000-2020.....	158
Gráfico 5- Indicador de acesso à saúde bucal na Argentina no Programa Sumar (2012-2020). Consulta odontológica programada em gestantes.....	160
Gráfico 6- Indicador de acesso à saúde bucal no Brasil (2004-2020). Primeira consulta programática odontológica.....	161

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Matriz da Análise de Rossi; Chaves, 2015.....	34
Quadro 2- Matriz de Análise das Políticas em saúde Bucal vigentes (por país).....	95
Quadro 3- Análise do objetivo específico 1	96
Quadro 4- Análise do objetivo específico 2	98
Quadro 5- Análise do objetivo específico 3: Comparar indicadores de saúde bucal e saúde geral relacionados, junto com indicadores das dimensões ambiental, econômica e social no período de 2000 a 2020 em ambos os países.	99
Quadro 6- Documentos selecionados para a análise nos países entre 2000-2020.....	101
Artigo 1	
Quadro 1- Matriz de análise das políticas em saúde bucal na Argentina entre 2000-2020...	109
Quadro 2- Principais elementos dos documentos em saúde bucal analisados entre 2000-2020 na Argentina	111
Artigo 2	
Quadro 1- Principais elementos dos documentos em saúde bucal analisados entre 2000-2020 no Brasil.....	130
Artigo 3	
Quadro 1- Matriz de análise das principais políticas e programas em saúde bucal na Argentina e no Brasil 2000-2020.....	150
Quadro 2- Políticas e programas em saúde bucal entre 2000-2020 na Argentina e no Brasil. Resultados. Parâmetro MSB2020.....	152

LISTA DE TABELAS

Artigo 3

Tabela 1- Indicadores de saúde bucal Argentina-Brasil no ano 2020	1544
Tabela 2- Indicadores de saúde geral Argentina-Brasil 2000-2020	1555
Tabela 3- Gasto em saúde e obstáculos financeiros Argentina-Brasil 2000-2020	1566

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ANMAT	Administración Nacional de Medicamentos y Tecnología Médica
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Santária
APS	Atenção Primária à Saúde
ASSA2030	Agenda de Saúde Sustentável das Américas
CAA	Código Alimentar Argentino
CABA	Cidade Autónoma de Buenos Aires
CAPS	Centro de Atenção Primária da Saúde
CB	Câncer Bucal
CD	Cirurgião-Dentista
CDSS	Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde
CEOs	Centros de Especialidades Odontológicas
CEPAL	Comissão Econômica para América latina e o Caribe
CNDSS	Comissão Nacional para os Determinantes Sociais da Saúde
CNSB1	Conferência Nacional de Saúde Bucal 1ª
CNSB2	Conferência Nacional de Saúde Bucal 2ª
CNSB3	Conferência Nacional de Saúde Bucal 3ª
CPOD	Cariado Perdido Obturado / Dente
CUS	Cobertura Universal de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DATASETS	Datos Públicos de Organismos del Gobierno de la República Argentina
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DEIS	Dirección de Estadísticas e Información en Salud
DINASAB	Dirección Nacional de Salud Bucal
DSPSD	Determinação Social do Processo Saúde-Doença
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EqSF	Equipes de Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESFC	Estratégia de Saúde Familiar e Comunitária

FDI	Federação Dentária Mundial
GBD	Global Burden Disease
HPV	Human Papiloma Virus
IADR	International Association of Dental Research
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INDEC	Instituto de Estadística y Censo da Argentina
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MS	Ministério de Saúde
MSAL	Ministério de Salud de la Nación Argentina
MSB2020	Metas em Saúde Bucal para 2020
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACES	Programa de Ampliação da Cobertura Efetiva em Saúde
PBS	Programa Brasil Sorridente
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS
PMO	Programa Médico Obrigatório
PMOE	Programa Médico Obrigatório de Emergência
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional Amostra por Domicílios
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNRB	Programa Nacional de Reabilitação Bucal
PRONACABU	Programa Nacional de Câncer Bucal
PROSANE	Programa Nacional de Saúde Escolar
PS	Programa Sumar
PSE	Programa Saúde na Escola
PSS	Plano de Serviços de Saúde

RAS	Rede de Atenção à Saúde
SIC	Significant Caries Index
SIISA	Sistema Integrado de Informação Sanitária Argentino
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

Sumário

1. INTRODUÇÃO	18
2. OBJETIVOS	26
2.1 Objetivo Geral.....	26
2.2 Objetivos Específicos	26
3. REFERENCIAL TEÓRICO	27
3.1 Políticas Públicas e Programa Público: conceitos e abordagens teórico-metodológicas de políticas públicas de saúde.....	27
3.1.1 Ciclo de uma política.....	28
3.1.2 Postulado de Coerência de Mario Testa	31
3.2 Determinantes sociais no processo saúde-doença.....	35
3.3 Desigualdades e iniquidades em saúde bucal	41
3.4 Atenção Primária à Saúde. Sistemas de Saúde e Saúde Bucal	50
3.4.1 O Sistema de Saúde na Argentina	55
3.4.2 A Saúde Bucal na Argentina	58
3.4.3 O Sistema de Saúde no Brasil	64
3.4.4 A Saúde Bucal no Brasil	65
3.5 A Agenda Internacional e Regional como parâmetro.....	72
3.6 Modelo da Análise de Políticas Públicas em Saúde Bucal	77
4. METODOLOGIA	79
4.1 Tipo de estudo.....	79
Análise documental	80
Cenários do estudo	82
4.2 Período de estudo.....	82
4.3 Fonte de dados	83
4.4 Coleta de dados	83
4.5 Análise de dados	92

4.7 Pesquisa prévia documental e coleta de dados	100
4.8 Pesquisa prévia dos indicadores e coleta de dados	101
5. ASPECTOS ÉTICOS.....	102
6. RESULTADOS.....	103
6.1 Artigo 1	104
6.2 Artigo 2	124
6.3. Artigo 3	145
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	182
REFERÊNCIAS	183
APÊNDICES	207
ANEXOS	221

1. INTRODUÇÃO

No continente mais desigual, América Latina, a ausência do direito à saúde é uma expressão clara da injustiça que domina essas sociedades. O direito à saúde como direito social, reconhece que sua garantia é essencialmente política e, portanto, não corresponde a um direito civil individualizado. É um direito social que obedece ao âmbito do público devendo ser priorizado. A Argentina manifesta a saúde como um direito coletivo, público e social de enraizamento constitucional. O Brasil expressa a saúde como direito do cidadão e dever do Estado na constituição de 1988. Além disso, ambos os países subscrevem às declarações e tratados internacionais que têm nível constitucional. Porém, o direito à saúde continua vinculado a uma concepção biomédica com tendência ao controle social e que se opõe à concepção do direito social (TESTA, 1992; SPINELLI, 2011). Ou seja, um direito fundamental intermediado pelo estado que assegure uma compensação das desigualdades entre as pessoas e a qualidade de vida. Neste sentido é necessária uma problematização que rompa com o processo de naturalização de determinadas situações.

A cárie dentária em dentes permanentes é a doença bucal mais prevalente no mundo; e a doença periodontal severa, que pode levar à perda do dente, afeta cerca de 10% da população mundial (ONU, 2012). Estas doenças bucais, assim como o câncer bucal, são preveníveis e tratáveis em seus estágios iniciais. Elas representam um problema de saúde pública devido à sua alta prevalência, o impacto sobre o indivíduo (podem causar dor, desconforto, mutilação e até a morte) e o impacto na sociedade (custos de tratamento, tempo fora da escola e trabalho) (FDI, 2015).

As doenças bucais afetam desproporcionalmente aos membros mais pobres e socialmente desfavorecidos da sociedade. Existe uma associação muito forte e consistente entre as condições socioeconômicas (nível de instrução, ocupação e renda) e a prevalência e gravidade das doenças bucais. Essa associação existe desde a primeira infância até a idade avançada e entre as populações de países de baixa, média e alta renda (PERES *et al.*, 2019).

Em 2003, as Metas em Saúde Bucal para 2020 (MSB2020) foram definidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) junto com a Federação Dentária Mundial (*FDI World Dental Federation*) e a *International Association of Dental Research* estabelecendo 2 objetivos e 10 metas. O primeiro desses objetivos é “diminuir o impacto das doenças bucais na saúde e no desenvolvimento psicossocial, ênfase em promover a saúde bucal e reduzir as enfermidades

buciais entre as populações com maior carga de tais afeções” (HOBDELL *et al.*, 2003, p. 1). Nesse sentido, o estudo *Global Burden Disease 2017* (GBD) fornece informação sobre a prevalência, a incidência e a gravidade das doenças bucais por idade, sexo, geografia e tempo a partir da avaliação do período 1990-2015.

Segundo o GBD, o número de pessoas com doenças bucais não tratadas alcançou os 3.500 milhões em 2015; a cárie dentária não tratada em dentes permanentes afetou a 2.500 milhões de pessoas; a cárie não tratada em dentes decíduos afetou a 573 milhões de crianças, a doença periodontal grave afetou a 538 milhões de pessoas e a perda total de dentes a 276 milhões de pessoas em todo o mundo. Quase a metade da população mundial sofria incapacidade por problemas bucais (prevalência estandardizada por idade: 48%), sendo provável que estas cifras continuem aumentando à medida que muitas populações seguem crescendo e envelhecendo (KASSEBAUM *et al.*, 2017).

As tendências na saúde periodontal e na perda dentária estão menos documentadas quando comparadas com a cárie dentária. A maior prevalência (7,4%) e incidência (5,9 milhões de casos novos) de perda dental total (edentulismo) foi observada em América Latina Tropical. A maior prevalência de cárie dentária em dentes permanentes foi observada em América Latina Andina (54,9%), sendo a América Latina Tropical a única região com uma prevalência e incidência significativamente mais alta de cárie dentária não tratada em dentes permanentes, periodontal grave e edentulismo, em comparação com as médias mundiais em 2015 (KASSEBAUM *et al.*, 2017). Em 2010, os custos diretos por tratamento das doenças bucais no mundo foram estimados em 4,6% do gasto mundial em saúde (LISTL *et al.*, 2015). É importante identificar as populações e países que têm maior quantidade de pessoas com demandas insatisfeitas de atenção à saúde bucal, principalmente nos países da região da América Latina.

A revisão integrativa sobre iniquidades sociais e saúde bucal (LAMY *et al.*, 2020), analisou a distribuição e os principais temas na literatura no campo da saúde bucal, com foco nos países de América Latina observando um aumento significativo de 69,9% na produção científica para o período 2000-2017. A proporção dos estudos durante o período 1992 a 2017 (n=282) foi de 0,4% para a Argentina e 92,6% para o Brasil. As categorias analíticas emergidas foram oito, sendo a primeira “epidemiologia para a saúde bucal” (34,8% dos estudos), seguida de “acesso e utilização de serviços odontológicos” (25,2%), “qualidade de vida” (12,8%) e “políticas em saúde bucal” (10,6%) em quarto lugar. Desta última categoria 28 estudos foram do Brasil, um da Colômbia e um de Chile, sem menção da Argentina. Na revisão da literatura não encontramos estudos comparativos de políticas em saúde bucal entre a Argentina e o Brasil

existindo, desde 2016, o Observatório Ibero-americano de Políticas Públicas em Saúde Bucal em colaboração com 16 países Latino-americanos (OIPPSB, 2020).

O estudo das políticas de saúde bucal teve maior destaque no Brasil, nas duas décadas mais recentes. Destaca-se a relevância do processo histórico de implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no Brasil na contribuição à produção científica, no entanto, os diferentes recortes temáticos sobre o objeto de estudo evidenciam a necessidade de políticas públicas em saúde bucal mais equânimes nos países de América Latina. O que torna necessário mais estudos que possam contribuir com o monitoramento e avaliação do impacto de políticas públicas sobre as iniquidades em saúde bucal, o aprofundamento das abordagens teórico-metodológicas, bem como de perspectivas analíticas acerca do tema na América Latina, à luz da teoria da determinação social do processo saúde-doença, como caminho necessário para dar continuidade aos avanços já conquistados (LAMY *et al.*, 2020).

Na América Latina, desde o final da década de 1970, a corrente de estudos da medicina social e da saúde coletiva propôs uma ruptura da explicação do processo saúde-doença como um fenômeno individual, ou seja, descontextualizado dos processos históricos-sociais, que acaba por reduzir a saúde ao paradigma/modelo hegemônico e biomédico. Nesta perspectiva, os estudos sobre as desigualdades sociais e a saúde na América Latina vêm sendo realizados principalmente a partir do marco teórico da determinação social do processo saúde-doença, baseados no conceito de classe social, analisando-se os mecanismos de acumulação do sistema capitalista de produção e reprodução social, sendo a raiz das iniquidades em saúde (LAURELL, 1982; BREILH, 2011; LAMY *et al.*, 2020). No âmbito da agenda política mundial, houve a retomada do tema desigualdades sociais da saúde com a criação, em 2005, da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) da OMS, a partir de uma perspectiva teórico metodológica bastante diferente, de origem anglo-saxão (ALMEIDA-FILHO, 2010; BREILH, 2013; LAMY *et al.*, 2020).

A Argentina e o Brasil têm características estruturais comuns tais como o passado colonial; a inserção periférica no capitalismo mundial, vulnerabilidade à crise; democracias jovens e com longa trajetória de regimes autoritários; golpes de estado e flutuação política. Ademais, possuem uma industrialização parcial e economia dependente do setor terciário, com uma concentração de renda, desigualdades sociais e estancamento da pobreza na última década (MACHADO, 2018).

No que tem a ver com o contexto, Argentina e Brasil juntos representam 63% da área total de América do Sul, 60 % de sua população, 61% de seu PIB e formam parte do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) (CEPAL, 2020; IBGE, 2020a). O rol dimensional do MERCOSUL permite ativar processos de cooperação multilateral, planificação, territorialização e integração regional para alcançar intersectorialidade e integralidade das políticas inclusivas considerando as diversas realidades de cada país. Nesse sentido, a saúde bucal das populações pode se beneficiar dos processos de cooperação entre os países.

Tanto a Argentina como o Brasil acumulam problemas econômicos que podem ser considerados decorrentes de políticas públicas que não estão direcionadas a garantir os direitos sociais e sim a favorecer interesses de grupos específicos. Porém, eles têm magnitudes diferentes. A Argentina, logo da recomposição da capacidade de governo após a brutal crise de 2001/2002, lançou programas para reduzir a pobreza e melhorar a qualidade de atenção à saúde dos setores mais vulneráveis, ampliando a cobertura em saúde da população. O Brasil encontra-se estrutural e conjunturalmente em melhor situação, embora com deterioração da economia nos últimos anos. No entanto, a crise econômica atual, expressada ao final de 2019 com índice de pobreza de 35,5% na Argentina e 25,3% no Brasil e pobreza extrema na Argentina de 8% e 6,5% no Brasil foi agravada pelo contexto mundial da pandemia COVID-19, trazendo alteração social, econômica e sanitária o que expõe a necessidade de proteger a saúde do setor mais prejudicado (INDEC, 2019; IBGE, 2019, ARAÚJO, 2020).

A pobreza e a exclusão possuem historicamente, na área de saúde bucal, uma de suas mais evidentes expressões de iniquidade. Para Almeida Filho (2010) a inequidade denota disparidades evitáveis e injustas, expressão de desigualdades desnecessárias, do ponto de vista político em populações humanas. Trata-se do oposto a equidade, ou seja, ausência de justiça no que diz respeito a políticas distributivas sociais e de saúde. Já a iniquidade corresponde a inequidades resultantes da opressão social na presença de diversidade, desigualdade e diferença. É uma ausência extrema de equidade consequente do efeito de estruturas sociais e de políticas iníquas geradores de desigualdade sociais.

Como exemplo dessas iniquidades percebe-se a falta de acesso universal e equitativo à água por rede sanitária. A água tratada, segura e acessível para todas e todos, ainda não é atingida por toda a população da Argentina e do Brasil. A população brasileira tinha, em 2016, 87,43% de cobertura de abastecimento de água por rede sanitária e 63,5% de acesso ao serviço de esgoto. A Argentina tem um atraso significativo na cobertura, sendo que, em 2016, 94,26% da população tinha acesso à água por rede sanitária e 58,4% ao esgoto, o que exclui parte da

população dos países (ARGENTINA, 2017a; AGÊNCIA NACIONAL DE ÁGUAS, 2019; IBGE, 2020a).

O mais preocupante, em ambos os países, é que as falhas de cobertura afetam e se intensificam diretamente nos setores mais vulneráveis. Segundo Barata (2009), medidas universais são consideradas mais eficientes, mais equânimes e com maior efeito nas condições de saúde, enquanto buscam igualdade de oportunidades de saúde. Além disso, medidas de saúde pública, como a fluoretação das águas, são imprescindíveis já que possuem enfoque populacional equitativo e maiores benefícios em relação à prevenção de cárie dentária diminuindo sua prevalência (PERES; ANTUNES; PERES, 2006; ANTUNES; NARVAI, 2010).

Outros estudos também apontaram elevada correlação negativa entre o índice de cárie e a percentagem de domicílios ligados à rede de águas. Peres e colaboradores (2006) observaram que quanto maior a cobertura do sistema de abastecimento de água, menor o índice de cárie dentária aos 12 anos. Para garantir o acesso universal ao flúor, não basta adicioná-lo à água de abastecimento, é também necessário garantir o acesso à água de rede sanitária em todos os domicílios ou, pelo menos, acesso a alguma fonte comunitária, além de realizar vigilância sobre a medida. A não-universalidade no acesso à água fluoretada mantém extenso contingente populacional à margem do benefício reconhecidamente eficaz e que apresenta expressiva relação de custo-efetividade.

Sendo uma relevante medida de saúde pública, capaz de abranger uma grande população, especialmente aqueles com piores condições de saúde bucal e com menor acesso ao sistema de saúde; porém, às vezes pode refletir as desigualdades do desenvolvimento social. Sendo assim, não procurar a universalização ou não explorar recursos adicionais para os grupos com maiores necessidades podem ampliar as desigualdades em saúde bucal (GABARDO *et al.*, 2008; ANTUNES; NARVAI, 2010).

Segundo o informe de Murray (1986) publicado pela OMS, a água tratada com 1mg/l de fluoreto possui uma notável ação preventiva contra à cárie, sem que haja provas de alteração do estado da saúde nessa concentração, tornando-a numa medida eficaz e praticável. Assim, além de ser sustentada deve ser monitorada, com o objetivo de que o teor de flúor seja mantido dentro dos padrões adequados para o controle da cárie e prevenção da fluorose dentária (ANTUNES; NARVAI, 2010). A fluoretação adicionada consiste em agregar íons fluoreto, em concentração adequada, à água destinada ao abastecimento público, com o objetivo de prevenir

a cárie dentária (BRASIL, 2009). Ambos os países possuem políticas sobre fluoretação e desfluoretação das águas há mais de 40 anos.

A concepção de política de saúde internacionalmente adotada enfatiza seu caráter com normas legalmente construídas, tendo por objetivo maior a qualidade de vida da população. Assim, quando uma política é elaborada, precisa definir quais são seus objetivos e que tipo de valores orientam essa política. O conhecimento das realidades setoriais concretas é um aspecto essencial para compreender como as políticas de saúde interagem com a realidade, que efeitos causam e como essas realidades afetam a elaboração da política. Na construção de políticas efetivas é necessário também compreender os problemas setoriais e desenvolver ferramentas concretas de ação, pelo qual as políticas de saúde podem ser definidas como as decisões, estratégias, instrumentos e ações (programas e projetos), que se orientam para o cumprimento de determinadas metas delimitadas para cada campo de atuação das políticas (FLEURY; ASSIS, 2012).

Ademais, toda política está ligada a construções históricas e modos de operar próprios de cada realidade, de cada Estado. Qualquer política se insere numa trajetória geral e, também, específica e constitui-se numa institucionalidade, que de alguma forma a condiciona e dá sentido. Os Estados são atravessados por instituições que definem práticas e processam caminhos para a ação política cotidiana. Desse modo, ao analisar uma política é preciso considerar primeiramente onde ela se insere na história geral, bem como reconhecer sua história específica (MATTOS; BAPTISTA, 2011).

Na Argentina, em 1996, existindo o atendimento odontológico básico no Sistema Público de Saúde se estabelece, no setor de seguridade social, a Superintendência de Serviços de Saúde como organismo fiscalizador do setor Seguridade Social junto com o Programa Médico Obrigatório (PMO). O PMO é uma política nacional mínima obrigatória, no primeiro nível de atenção, que privilegia a preservação da saúde antes do que as ações curativas, reforçando os programas de prevenção e brindando uma cobertura integral com uma abordagem biopsicossocial dos problemas de saúde. O PMO contempla uma cobertura nas áreas de prevenção, diagnóstico e tratamento médico e odontológico, com alcance no âmbito nacional. E que, após da crise econômica de 2001, se converteria no Programa Médico Obrigatório de Emergência (PMOE) cujos serviços estão vigentes até hoje (ARGENTINA, 2002). No setor público o Programa Sumar (PS), criado em 2012, é o encaminhamento de inserção na saúde bucal da população mais vulnerável, a que possui unicamente cobertura pública, e abrange toda faixa etária.

Além da fragmentação do sistema de saúde, que dificulta a igualdade ao acesso e à cobertura, existe fragmentação de dados oficiais de cobertura e acesso e falta de dados epidemiológicos atualizados, sendo que o último estudo epidemiológico em saúde bucal ao nível nacional data de 1987. É importante problematizar se as políticas em saúde bucal podem ser bem direcionadas e atingir a toda a população tendo em consideração que o Estado não possui dados sobre o estado de saúde bucal da população o que dificulta a análise, monitoramento e reformulação de políticas de saúde.

No Brasil, no contexto da Reforma Sanitária Brasileira e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) no final da década de 1980, houve muitas iniciativas de organização dos serviços e mudanças na prática de saúde bucal. Já em vigência da atual PNSB, formulada em 2004, foram implantadas importantes intervenções em saúde bucal, tendo como referência o princípio constitucional da universalização das ações e serviços de saúde. Essas ações foram a fluoretação das águas de abastecimento público, o atendimento odontológico da rede pública do SUS e a adição de compostos fluoretados aos dentífricos (ANTUNES; NARVAI 2010). O Brasil, segundo a classificação adotada pela OMS, saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003, mensurada pelo índice CPOD (número de dentes cariados, perdidos e obturados), entre 2,7 e 4,4, para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPOD entre 1,2 e 2,6), menor que a média das Américas e da Argentina (média CPOD Brasil= 2,07, média CPOD das Américas= 2,8, média CPOD Argentina= 3,4) (MOYSES, 2012; BRASIL, 2012a).

O SUS tem a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) criada em 2006 como eixo estruturante da atenção à saúde no Brasil, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) o principal elemento de capilarização da Atenção Primária à Saúde (APS) no país. As Equipes de Saúde da Família (EqSF) atuam em territórios definidos, de forma multiprofissional, para realizar a atenção integral à população. Entre os profissionais que atuam na Saúde da família, podemos destacar o Cirurgião-Dentista, o Técnico Saúde Bucal e o Auxiliar Saúde Bucal que compõem a Equipe de Saúde Bucal (ESB) (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006a). Nessa mesma linha de ação, a Política Nacional de Promoção da Saúde, criada em 2006, e suas versões posteriores 2011 e 2017, ratificam a intenção de ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS.

O estudo de Gomes *et al.* (2019) fez uma comparação entre escolares argentinos (n = 241, Córdoba-CBA) e brasileiros (n = 406, Belo Horizonte, MG) quanto à prevalência, gravidade, atividade e acesso ao cuidado. Os autores relatam que, apesar de algumas diferenças,

em ambos os países a cárie dentária ainda é um problema a ser enfrentado, bem como a falta de acesso aos serviços de saúde bucal.

Em relação à agenda mundial, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) propostos pela Assembleia Geral das Nações Unidas para 2030 possibilitam um encorajamento para observar como os países têm avançado nas dimensões da saúde, ambiental, social e econômica. É viável considerar pelo menos alguns deles, com intuito de descrever a evolução simultânea e as tendências nas três dimensões (a econômica, a social e a ambiental) e debater sobre a construção de equidade ao longo das últimas duas décadas, considerando o ponto de vista da saúde bucal, na Argentina e no Brasil, mediante estudo do caso. Marcadores dos objetivos de diminuição da mortalidade infantil, erradicar a extrema pobreza e a fome, universalizar a educação em todos os níveis, e garantir a sustentabilidade ambiental, poderiam brindar dados sobre como esses países têm evoluído nas suas políticas sociais no período de interesse do estudo.

E, quanto ao contexto mundial as MSB2020, além de ser um parâmetro para construir as agendas em saúde bucal dos países, estimulam a fixação de objetivos nacionais e locais. Sendo assim, podem constituir um parâmetro para comparar países qualitativamente, por meio da análise de conteúdo das políticas, e quantitativamente através de indicadores que reflitam as MSB2020 (HOBDELL *et al.*, 2003).

Desse modo, é necessário questionar: quais os propósitos das políticas de saúde bucal de Argentina e Brasil e as ações propostas para alcançá-los? Em que medida as políticas sociais têm evoluído, nas últimas décadas, para a diminuição de iniquidades na saúde bucal? Em quais aspectos Argentina e Brasil avançaram mais e quais as lacunas e fragilidades mais importantes que ainda apresentam?

O estudo pretende analisar as políticas em saúde bucal na Argentina e no Brasil, no período 2000 a 2020, explorando os propósitos do governo, as estratégias, os condicionantes e os efeitos sobre a saúde bucal em cada país, junto com as dimensões ambiental, econômica e social. Após a descrição de cada caso, os dois casos serão comparados, buscando contribuir para a compreensão da situação da saúde bucal e os avanços, limites e desafios das políticas em saúde bucal em dois países da América Latina.

Hipótese

Indicadores sociais em áreas de educação, saúde e desenvolvimento humano têm sido historicamente mais favoráveis para a Argentina. Entretanto, as políticas em saúde bucal são mais robustas no Brasil em relação à oferta e cobertura potencial de serviços públicos. Em ambos os países, ainda falta atingir a estabilidade e legitimidade das políticas em saúde bucal para manter a saúde bucal como direito.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as políticas públicas em saúde bucal vigentes na Argentina e no Brasil, no período de 2000 a 2020, bem como os principais indicadores de saúde obtidos no período.

2.2 Objetivos Específicos

- 1) Analisar as políticas de saúde bucal na Argentina e no Brasil, no período de 2000 a 2020, conforme o Postulado de Coerência de Mario Testa;
- 2) Comparar as políticas de saúde bucal dos países segundo as metas em saúde bucal da OMS para o ano 2020 como parâmetro;
- 3) Comparar indicadores de saúde bucal e indicadores da saúde geral relacionados, junto com indicadores das dimensões ambiental, econômica e social no período de 2000 a 2020 em ambos os países.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Políticas Públicas e Programa Público: conceitos e abordagens teórico-metodológicas de políticas públicas de saúde

A política como expressão da atuação dos Estados remete às concepções de políticas públicas e políticas sociais. Alguns autores definem as políticas públicas por sua finalidade, como ações do Estado voltadas para o interesse público-coletivo e as políticas sociais como as políticas que são desenvolvidas pelos governos voltadas para o bem-estar e a proteção social. A formulação de políticas públicas pode responder a interesses dos diversos grupos e classes sociais que controlam o Estado num momento específico da história. Sendo assim, a formulação de uma política deveria responder às demandas e pressões da sociedade (FLEURY, 2012; PINTO *et al.*, 2014).

Por outro lado, o conceito de programa público é o instrumento operacional das políticas públicas. É um conjunto sistêmico de ações programadas e articuladas, com o objetivo de atender uma demanda pública específica e que formam parte das prioridades das políticas públicas do governo (ROSSI; FREEMAN; LIPSEY, 2019).

Os conceitos de políticas públicas, políticas sociais e políticas de saúde são convergentes. Podemos entender como política pública a discussão e prática de ações relacionadas ao conteúdo, concreto ou simbólico, de decisões reconhecidas como políticas; isto é, o campo de construção e atuação de decisões políticas (AGUM *et al.*, 2015). Já as políticas sociais são reconhecidas como uma atribuição de direitos e deveres legais dos cidadãos e que consistem na transferência de dinheiro e serviços com o objeto de compensar condições de necessidades e risco do cidadão que goza de tal direito (PINTO *et al.*, 2014).

Segundo Paim (2003, p.587),

A política de saúde é compreendida como a ação ou omissão do Estado, como resposta social, diante dos problemas de saúde e seus determinantes sociais, ambientais e culturais, bem como em relação à produção, à distribuição e à regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade.

Então, as políticas públicas abarcam o conjunto de políticas sociais que são estabelecidas no âmbito de um Estado e a política de saúde corresponde a uma de entre outras políticas sociais estabelecidas pelos Estados (PINTO *et al.*, 2014).

3.1.1 Ciclo de uma política

Na perspectiva da ciência política, a análise do processo político para o enfrentamento de um determinado problema de saúde tem sido apresentada comumente em quatro ou cinco etapas: construção social do problema; definição ou entrada na agenda; formulação; implementação; e avaliação. Essas etapas (Figura 1) fazem parte do ciclo da política pública, considerada uma abordagem metodológica consolidada para análise política (CHAVES; MOYSÉS, 2016).

Figura 1 Ciclo da política em cinco momentos principais



Fonte: Adaptado de Chaves; Moysés (2016)

Os problemas de saúde são socialmente construídos, e são a expressão de demandas de grupos sociais que conseguem apresentar suas questões de maneira organizada e sensibilizar outros grupos para atender as suas reivindicações (PINTO *et al.*, 2014).

O ciclo da política pública é considerado um processo histórico-dinâmico com etapas próprias e com diferentes influências dos atores (agentes governamentais e não governamentais, das instituições envolvidas) além da conjuntura política e econômica. Teorias influentes da ciência política incluem a análise de múltiplos fluxos de Kingdon (1995 *apud* CHAVES; MOYSÉS, 2016), cujo foco é a definição da agenda, em que há processos e fluxos independentes na priorização de problemas, na seleção de alternativas de políticas e na decisão sobre qual alternativa será eleita para a formulação. Esses momentos seriam, assim, independentes e determinados por múltiplos processos (CHAVES; MOYSÉS, 2016).

A definição da agenda refere-se ao momento da entrada do problema como prioridade na agenda governamental. Existem três tipos de agenda: a) agenda sistêmica ou não governamental, ou seja, aquela das prioridades dos atores fora do governo; b) agenda institucional ou governamental, ou seja, daqueles temas e problemas importantes para os agentes governamentais; e 3) agenda decisória ou política, aquela que realmente permanece, sendo ou do governo ou de fora dele (CHAVES; MOYSÉS, 2016).

Um problema quando identificado por dados quantitativos, por crise ou pelo retorno de ações governamentais, assume grande importância no debate de formulação de políticas. O fluxo de alternativas e soluções é uma proposta rotineiramente elaborada por especialistas, funcionários públicos e grupos de interesse entre outros (PINTO *et al.*, 2014). A estatística e a epidemiologia, por exemplo, são ferramentas colocadas para enfatizar determinado problema, sendo instrumento de legitimação da agenda decisória, podendo aumentar o poder dos especialistas, dos empreendedores de política, já que reforçam a construção social do problema a ser enfrentado no período de governo (KINDON, 1995 *apud* CHAVES; MOYSÉS, 2016). Na primeira etapa da definição da agenda, o problema, entre muitos, disputa a atenção da equipe dirigente sendo então priorizado, numa provável janela de oportunidade. Portanto, a agenda decisória corresponderá à definição de um conjunto de problemas que serão priorizados pelas autoridades governamentais, constituindo objeto de decisão política (CHAVES; MOYSÉS, 2016).

Uma janela de oportunidade apresenta um conjunto de condições favoráveis a alterações nas agendas governamental e de decisão e à entrada de novos temas nessas agendas. É quando se abre uma janela de oportunidade que se concretiza o momento de formulação de uma política,

podendo ser entendido como o momento de diálogo entre intenções e ações (PINTO *et al.*, 2014).

Com a formulação da política estão dadas as condições para a tomada de decisão, sendo que o governo escolhe uma solução específica ou uma combinação de soluções, em um dado curso de ação ou não ação. Trata-se do momento de negociação em torno aos princípios e diretrizes de uma ação, em que serão desenhadas as metas a serem atingidas, os recursos a serem utilizados e o horizonte temporal da intervenção. No momento de formulação, há embates entre grupos e posições e os consensos expressam as possibilidades de ação em contextos específicos (PINTO *et al.*, 2014).

A fase de implementação de uma política tem sido considerada o momento crucial do ciclo de uma política, em que as propostas se materializam em ação institucionalizada mediante a atuação dos operadores da política. Neste momento, objetivos poucos definidos, estratégias não explicitadas, ausência de análise de viabilidade, interferem nos resultados alcançados, expondo as fragilidades no momento de implementação da política. Isso pode derivar em novas formulações durante esta fase, que podem ser feitas alterando ou rejeitando argumentos previstos na política inicialmente proposta. A implementação de uma política dependeria de muitos fatores como transferência do projeto formulado para equipes de governo capazes de implementá-la, entre outros. A *policy arena*, ou seja, os diferentes agentes envolvidos com sua implementação, o grau de participação dos implementadores e grupos interessados poderiam significar maior êxito da mesma (PINTO *et al.*, 2014; CHAVES; MOYSÉS, 2016).

Quanto maior a mudança/transformação proposta pela política, provavelmente maiores serão as dificuldades de implementação. Então, caso o propósito de governo seja de transformação (TESTA, 1995), sua capacidade de governo (MATUS, 1996 *apud* CHAVES; MOYSÉS, 2016), sua organização e método deverão ser mais mobilizados. Existem enfoques que propõem uma análise considerando a implementação de cima para baixo ou de baixo para cima (*top-down* e *bottom-up implementation*), ou uma síntese dos dois. As críticas aos modelos *top-down* e *bottom-up* levaram a constituição de uma nova geração de estudos que revelaram novos modelos capazes e combinar e sintetizar os anteriores, demandando enfoque multicausais (PINTO *et al.*, 2014).

Na etapa da avaliação, alguns autores sugerem que pode ser feita após uma década de implementação, que é a duração mínima da maioria dos ciclos de política, de emergência de um problema a seu enfrentamento com a implementação para poder fazer uma avaliação razoavelmente justa de impacto. As avaliações são muito desejadas, mas nem sempre são realizadas. E mesmo quando realizadas, suas evidências são um elemento apenas para a tomada

de decisão no processo político. Avaliação consiste sempre num julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou qualquer dos seus componentes, visando à tomada de decisão. Contudo, ajustes são realizados pelos agentes envolvidos em sua implementação, independente das avaliações.

A avaliação tem sido considerada um dos tipos possíveis de julgamento que se faz sobre as práticas sociais (VIEIRA-DA-SILVA, 2014), sendo que a política, como um conjunto de práticas articuladas, é objeto de julgamento do mérito em responder às necessidades sociais pretendidas. Não existe uma proposta ou modelo único ou consensual para o processo de produção e análise do curso de uma determinada política, e sim variadas correntes de pensamento ou abordagens teóricas. Uma delas, dentro das correntes marxistas e neomarxistas surgidas na saúde coletiva latino-americana, é a teoria de Mario Testa (CHAVES; MOYSÉS, 2016).

3.1.2 Postulado de Coerência de Mario Testa

No campo da saúde coletiva destaca-se a contribuição teórica de Mario Testa, entre outros, cujo pensamento centrou seu foco na problemática do poder no setor saúde e que ele denominou estrutura de poder no setor saúde. Para a análise do processo político na saúde, o postulado de coerência é uma das suas maiores contribuições. Esta prevê que os propósitos de uma instituição, sua organização e os métodos que utiliza devem apresentar coerência (CHAVES; MOYSÉS, 2016).

O Postulado de Coerência de Mario Testa (TESTA, 1989) estabelece uma relação entre os propósitos, métodos para alcançá-los e a organização das instituições que se encarregam de realizá-los, trazendo uma reflexão sobre os laços entre a política, ciência e história. A relação de coerência é expressa de duas maneiras: determinação (linhas contínuas) e condicionamento (linhas interrompidas), e que vinculam os diferentes elementos do postulado para facilitar a análise de situações concretas. Além disso, influem na compreensão e na estratégia de implementação de uma política, enquanto proposta de distribuição de poder, categoria central do enfoque da planificação estratégica.

O postulado apresenta três vértices (Figura 2). Os propósitos do governo junto com o papel do estado formam o vértice político. Sendo que, para Testa (2008), os papéis fundamentais que o Estado cumpre na tomada de decisões são: “a articulação da classe

dominante”, “a desarticulação da classe dominada” e “a garantia de reprodução da classe dominada” (FEDERICO, 2015).

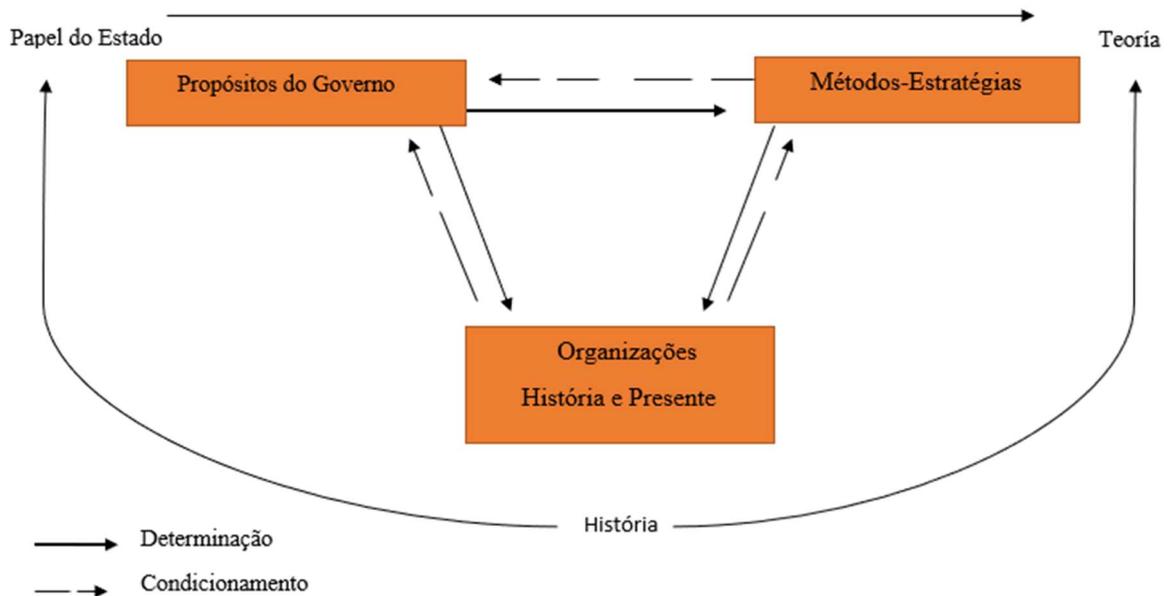
O primeiro papel garante os propósitos do governo de legitimação e crescimento. O segundo papel, orientado à sua autolegitimação (mediante métodos físicos e simbólicos) limitará através da configuração institucional burocrática, as possibilidades de conformação de atores sociais. Finalmente, o terceiro papel do Estado tem como propósito guiar as ações para uma mudança estrutural na estrutura de classes para uma maior igualdade entre os diferentes grupos sociais, determinando métodos orientados às políticas sociais universais e integrais e construindo mais democracia na sociedade (TESTA, 1989).

O componente organizacional tem para o autor uma relevância especial pela potencialidade de contribuir decisivamente na transformação da sociedade devido a sua capacidade estruturante sobre o nível básico. É o componente que mais flechas recebe de determinação e está em maior relação com a planificação, a gestão e a teoria da ação; e por tanto mais perto da lógica economicista, a eficiência e a formalidade dos processos administrativos com a conseqüente burocratização organizacional (FEDERICO, 2015).

A análise das organizações que existem em um momento histórico dado, fala indiretamente das outras determinações históricas junto com as que decorrem no momento presente. Sendo que a dupla “histórica” e “atual” dá conta da forma permanente da organização, sua funcionalidade, sua legitimidade e sua possível variabilidade (TESTA, 1989). Cabe destacar que segundo Testa, ator social é compreendido como pessoa, grupo de pessoas, instituições, organizações sociais ou partidos políticos que se constituem como centros de acumulação e (des) acumulação de poder com capacidade de produzir fatos sociais e políticos (CHAVES; MOYSÉS, 2016).

Por sua vez, o método, tem um segundo nível de determinação: a teoria específica do problema que intenta resolver. No caso da saúde, trata-se da teoria que aceitamos acerca do processo saúde-doença. Quando esta teoria se encontra em processo de revisão, os enfoques conflitivos conduzirão a métodos diferentes e contraditórios. Neste ponto, é importante aprofundar a teoria para evitar ter uma atitude tecnicista respeito da ciência (TESTA, 1989).

Figura 2- Postulado de Coerência



Fonte: Adaptado de Testa (1989)

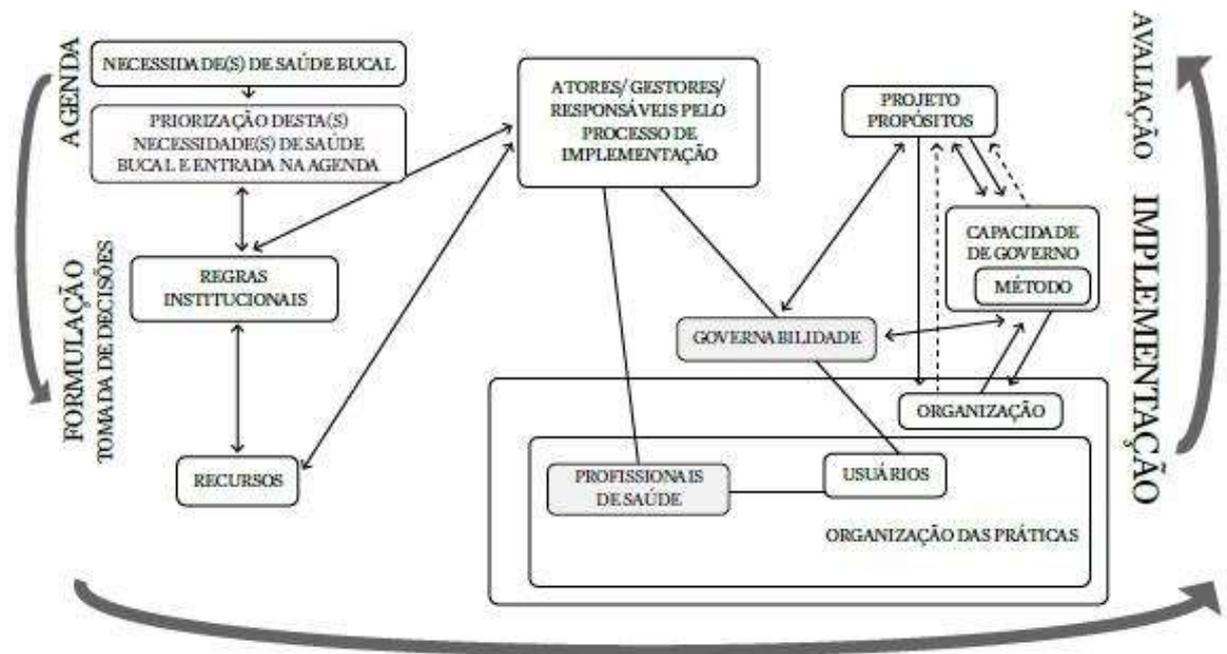
O estudo de Rossi e Chaves (2015), analisou a implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) em dois municípios com 100% de cobertura da Atenção Básica. Assim, visou analisar a implementação da atenção especializada em saúde bucal, em dois municípios no estado da Bahia, Brasil. O estudo baseou-se na articulação entre conceitos oriundos de distintas teorias no campo da política, planejamento e gestão em saúde. A análise das características de gestão dos CEOs, em sua etapa de implementação do ciclo da política pública segundo Pinto (2008), foi pautada teoricamente no 'triângulo de governo' de Carlos Matus (1996) e no 'postulado de coerência' de Mario Testa (1992), utilizando-se contribuição de Vilasboas e Paim (2008). Os métodos de governo representam a formalização de uma boa prática, baseada implícita ou explicitamente em uma teoria eficaz. Enquanto à organização e à relação de coerência, esta é determinada pelo propósito de governo e pelo método. Para Testa (1992), a organização constitui-se 'uma cristalização da história'. A análise da organização em um dado momento retrata indiretamente outras determinações advindas do passado, juntamente com as atuais. Podemos observar no quadro 1, a matriz de análise das características de gestão dos CEOs em dois municípios das Bahia, 2011. Na Figura 3, o Marco teórico referencial do ciclo da política de saúde bucal no contexto local.

Quadro 1- Matriz da Análise de Rossi; Chaves, 2015

Categorias de análise	Principais questões norteadoras	Fontes de verificação
Projeto de Governo e Propósitos	Quais os antecedentes no município até a formulação do projeto para a implementação do CEO? Havia recursos necessários para implementação satisfatória? Os objetivos e diretrizes propostos são coerentes com a proposta de governo municipal e com as diretrizes nacionais? A formulação do projeto para implementação no município apresenta objetivos, metas e direção claros? Os objetivos explicitados em planos, documentos ou discurso da equipe dirigente expressam suficiência e coerência com intenções de manutenção, crescimento ou mudança da situação de SB?	Análise documental de planos, programas, projetos, relatórios de gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Entrevista com prefeito, secretário de saúde, coordenador de SB/CEO e profissionais da assistência (Cirurgiões Dentistas, Auxiliares de Saúde Bucal e funcionários).
Capacidade de Governo e Método	Qual a descrição do perfil profissional, tempo de serviço dos membros entrevistados? Qual a visão da equipe sobre imagem-objetivo do CEO? Como se deu o processo de implementação? Como a equipe de SB organiza suas atividades individual e coletivamente? Quais as práticas de gestão utilizadas pela equipe dirigente de SB? Os recursos necessários para sua implementação foram considerados no momento da formulação/implementação? Como as decisões sobre a implementação dos CEOs foram tomadas? Quem decide? Com qual informação?	
Governabilidade	Qual a autonomia da equipe de gestão da SB no município? Qual a relação dessa equipe de gestão de SB dentro da SMS?	
Organização	Quantidade de profissionais, ações desenvolvidas, oferta/utilização e estrutura física do serviço. Quais mudanças organizacionais foram exigidas pela implementação do serviço de Atenção Especializada em SB?	

Fonte: (ROSSI; CHAVES, 2015)

Figura 3- Marco Teórico do Ciclo da Política de Rossi segundo Chaves e Rossi, 2015



Fonte: (ROSSI; CHAVES, 2015)

O estudo revelou que, em ambos os municípios, o governo local desempenhou papel fundamental na implementação de uma política de saúde. A governabilidade foi ainda menor quando o ator possuía baixa capacidade de governo, sofrendo influências pela fragilidade no projeto de governo que expressava 'conservação' ou legitimação. Em uma outra perspectiva, em situações nas quais o propósito de governo visou crescimento, exigiu-se do ator maior capacidade de governo onde a governabilidade esteve reduzida. O propósito/projeto de governo e a capacidade de governo parecem ter sido as categorias mais relevantes que explicaram as principais diferenças no momento da implementação da política nacional no nível local (ROSSI; CHAVES, 2015).

3.2 Determinantes sociais no processo saúde-doença

O esforço humano para compreender o processo saúde-doença e intervir nele desde sempre se enfrentou com a interveniência de várias classes de fatores determinantes. Desde a industrialização nos países ocidentais tem sido reportado uma importante literatura social sobre saúde e doença, baseada no ponto de que desigualdades no campo social e econômico geravam desigualdades no campo a saúde. Sendo assim, as relações de influência recíproca entre saúde e economia, estrutura social e política são historicamente associadas ao desenvolvimento da saúde pública (CARVALHO; BUSS, 2012).

Na América Latina a discussão sobre as desigualdades sociais vem sendo feita desde os anos setenta, principalmente à luz da teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença (DSPSD) que é o construto herdeiro do modelo histórico-social e que se apropria de suas categorias-chave. O modelo histórico-social busca explicar perfis diferenciados de saúde e doença por intermédio de uma estreita relação com o contexto histórico, o modo de produção e as classes sociais. Esse modelo traz como novas variáveis de análise: a dimensão histórica, a classe social, o desgaste laboral do indivíduo e a reprodução da força de trabalho. A importância se deve a que seus elementos de ruptura em relação aos demais modelos permitiram o avanço teórico em direção à construção do conceito de determinação social do processo saúde-doença (BORGUI *et al.*, 2018).

A teoria da DSPSD, proveniente da linha de pensamento da medicina social latino-americana, analisa a constituição do próprio sistema capitalista de produção e suas formas particulares de expressão nas diferentes sociedades, dando maior ênfase aos mecanismos de acumulação do capital e à distribuição de poder, prestígio e bens materiais deles decorrentes. A posição de classe e a reprodução social passam a ser vistas como os principais determinantes

do perfil da saúde e doença (BARATA, 2009). O debate iniciou da crítica à abordagem positivista inscrita no modelo da história natural da doença que interpretava o processo de adoecimento desde uma perspectiva centrada numa linha biologista (GARBOIS; *et al.*, 2017).

A saúde coletiva em América Latina desenvolveu a construção integral do objeto saúde, com uma prática integral de transformação. Refletindo na incidência sobre processos de determinação que implicam modos históricos estruturais e não a transformação de riscos isolados ou fatores determinantes. O enfoque é profundamente questionador das relações gerais do poder da sociedade do mercado, que integra a análise dos modos de viver historicamente estruturados de classe-etnia e gênero e seus perfis de saúde, com a estrutura de propriedade e acumulação, suas políticas de estado e suas relações culturais (BREILH, 2011).

A construção latino-americana questiona a causalidade, como redução científica da determinação ao princípio causal e como a distorção da realidade considerada como mundo de conexões constantes e associações externas entre fatores. Isso permite chegar à noção de determinação como processo ou modo de devir por meio do qual os objetos adquirem suas propriedades (BREILH, 2011).

Sendo assim, para demonstrar o caráter social da doença é necessário, também, estudar o tipo, a frequência e a distribuição da moléstia nos diversos grupos sociais que constituem a sociedade. Existindo uma articulação entre o processo social e o processo de saúde e doença, este deve assumir características distintas conforme o modo diferencial com que cada um dos grupos se insere na produção e se relaciona com os grupos sociais restantes (LAURELL, 1982).

O processo saúde-doença tem caráter histórico em si mesmo e não apenas porque está socialmente determinado, isto pode sugerir que o vínculo entre o processo social e o processo biológico saúde-doença é dado por processos particulares, que são ao mesmo tempo sociais e biológicos. Por exemplo, o modo concreto de trabalhar, cujo caráter social é evidente, é simultaneamente biológico, pois implica em determinada atividade neuromuscular, metabólica etc. (LAURELL, 1982).

Este modo de entender o vínculo entre o processo social e o processo saúde doença aponta, de um modo, o fato de que o social tem uma hierarquia distinta do biológico na determinação do processo saúde-doença e, de outro modo, opõe-se à concepção de que o social unicamente desencadeia processos biológicos imutáveis e históricos e permite explicar o caráter social do próprio processo biológico. Cada formação social cria determinado padrão de desgaste e reprodução. De forma muito geral, o processo saúde doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento. Apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e

relações sociais de produção (LAURELL, 1982). Ou seja, o processo de trabalho é considerado como intermediário das relações estabelecidas entre o homem e a natureza e entre os próprios homens.

A partir do século XXI, a questão da determinação social da saúde ocupou uma posição central nos debates internacionais ao respeito das relações entre a saúde e a sociedade. Contudo, tal resgate entrou na agenda política mundial a partir de uma perspectiva teórico-metodológica muito diferenciada daquela produzida pela epidemiologia social latino-americana. As discussões foram levantadas desde a teoria sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS) com a intenção de fomentar o debate sobre as desigualdades, por meio da verificação de importantes disparidades nas condições de trabalho, no acesso diferenciado a serviços assistenciais, na distribuição desigual de recursos de saúde e nas suas repercussões sobre a morbidade e mortalidade entre os diferentes grupos sociais (ALMEIDA-FILHO, 2010).

Um dos aspectos dos estudos sobre os DSS consiste em considerar que alguns fatores que são importantes para explicar as diferenças no estado de saúde dos indivíduos não se aplicam aos diferentes grupos/comunidades de uma sociedade. Por conseguinte, as diferenças de saúde entre grupos humanos parecem resultar de hábitos e comportamentos construídos socialmente e, principalmente, de fatores que estão fora do controle direto do indivíduo ou do grupo. A análise dos fatores individuais permite identificar aos indivíduos mais vulneráveis dentro de um grupo. No entanto, são as desigualdades sociais entre classes que possuem maior determinação no processo saúde-doença, principalmente na produção de iniquidades de saúde e que consistem no principal aspecto estudado quanto se trata de DSS (SOUZA *et al.*, 2013).

No ano 2005, a OMS cria a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) com a intenção de desenvolver análise a processos contextuais e a iniquidade socioeconômica, convocando as autoridades dos países para combater as desigualdades em saúde. No Brasil, a Comissão Nacional para os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), é criada em 2006. A Argentina teve uma reestruturação do Ministério da Saúde em 2015 que traçou novos objetivos para a Secretaria de Determinantes da Saúde e Relações Sanitárias incorporado a Subsecretaria de Equidade em Saúde, atualmente Secretaria. Além disso, participa de estudos no país junto com a OMS sobre determinantes sociais da saúde e iniquidades.

Segundo a OMS (2011), a maior parte da carga de doenças, assim como as iniquidades em saúde, que existem em todos os países acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem. Portanto, os determinantes sociais em saúde expressam as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população que estão relacionadas com sua situação de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Além disso, as

condições de vida mostram-se determinadas pelo lugar que cada um ocupa na hierarquia social. Este conceito, bem como elaborado pela CDSS, foi iluminado no modelo de Dahlgren e Whitehead (1991 *apud* GARBOIS *et al.*, 2017).

Segundo a CNDSS, (2008) o modelo de 1991 (Figura 4) inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macros determinantes (condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade). Apesar da facilidade da visualização gráfica dos DSS e sua distribuição em camadas, segundo seu nível de abrangência, o modelo não pretende explicar com detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis e a gênese das iniquidades.

Figura 4- Determinantes Sociais. Modelo de Dahlgren e Whitehead, 1991



Fonte: (GARBOIS *et al.*, 2017)

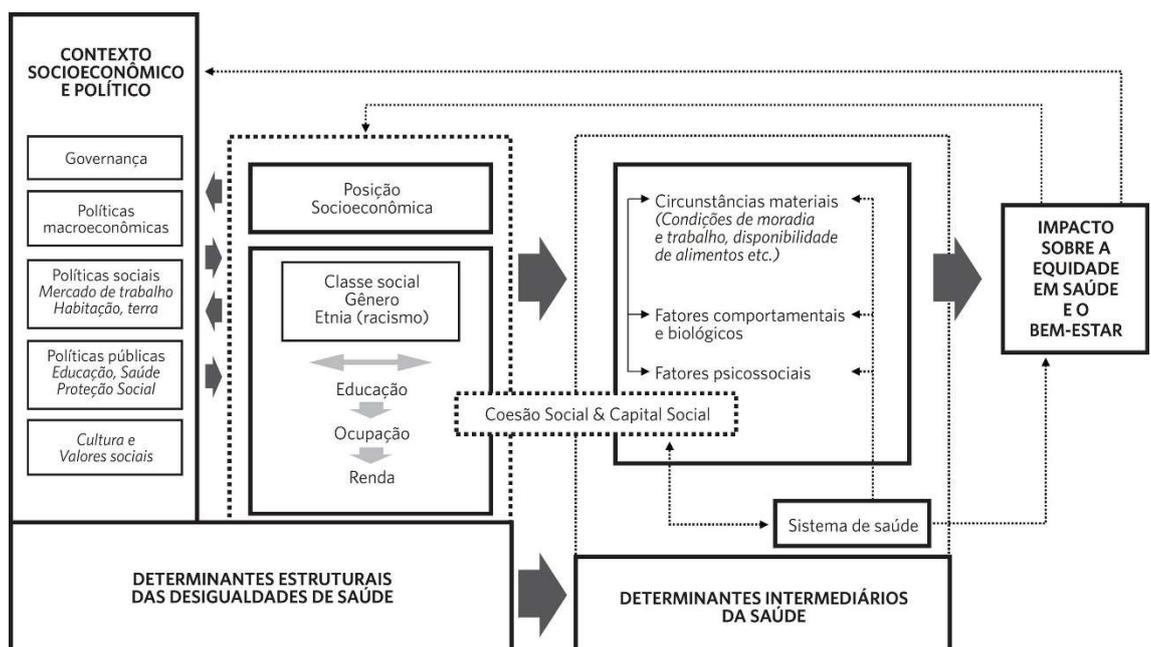
A observação deste modelo no primeiro lugar, expõe que sua centralidade não recai sobre coletividades, mas sim sobre indivíduos, destacando como suas únicas características idade, sexo, mas não gênero, e fatores hereditários, sem menção à raça/etnia ou à maneira como essas particularidades transcendem a individualidade uma vez que são significadas conforme

as experiências sociais. Observa-se também que ‘estilo de vida dos indivíduos’ aparece como determinante, sem que haja uma explanação clara de como ele se concatena com dimensões históricas e sociais. Além disso, à ausência da nomeação da estrutura ou de classes sociais, substituídas como ‘condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais’, ‘condições de vida e de trabalho’ e ‘redes sociais e comunitárias’ (BORGUI *et al.*, 2018).

Acerca da temporalidade e da centralidade adotadas pelo modelo de DSS, a conversão de determinantes em fatores ofusca os processos sociais e históricos, assim como as formas de relação entre os homens e destes com a natureza, simplificação que facilita sua concepção como a livre eleição de estilos de vida (BORGUI *et al.*, 2018).

Em 2010, a OMS estabelece um novo padrão sobre os DSS condensado no modelo proposto por Solar e Irwin (2010) (Figura 5), e que fora adotado no ano seguinte, na Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da saúde de 2011 (OMS, 2011). Nesse modelo os determinantes estruturais operam por meio de um complexo de determinantes intermediários para moldar os efeitos na saúde. A estrutura revela como os mecanismos sociais, econômicos e políticos dão origem a um conjunto de posições socioeconômicas, em que as populações são estratificadas de acordo com a renda, a educação, a ocupação, o gênero, a raça/etnia e outros fatores. Esses critérios socioeconômicos, por sua vez, determinam vulnerabilidades e exposições diferenciadas nas condições de saúde, que são os determinantes intermediários, e representam o lugar das pessoas dentro das hierarquias sociais (GARBOIS *et al.*, 2017).

Figura 5- Modelo dos Determinantes Sociais da saúde de Solar e Irwin, 2010



Fonte: (GARBOIS *et al.*, 2017)

Entre os fatores contextuais relacionados com a produção e manutenção da hierarquia social, Solar e Irwin (2010) destacam estruturas de governança formais e informais relacionadas com mecanismos de participação social da sociedade; políticas macroeconômicas (políticas fiscais, monetárias, políticas de mercado e a estrutura do mercado laboral); políticas sociais (áreas de emprego, posse de terra e habitação); políticas públicas (áreas de educação, saúde, água e saneamento), assim como a extensão e a natureza de políticas redistributivas, de seguridade social e de proteção social e questões relacionadas com a cultura e com os valores sociais legitimados pela sociedade.

Os determinantes intermediários são um conjunto de elementos categorizados em condições materiais, fatores comportamentais, biológicos e psicossociais. Sendo assim, o sistema de saúde é considerado um determinante intermediário da saúde reconhecendo a influência das barreiras do acesso. A coesão social e o capital social penetram as dimensões estrutural e intermediária (SOLAR; IRWIN, 2010).

Ambos os modelos conceituais, adotados em momentos diferentes pela OMS, projetam as causas estruturais de maneira diferente. No modelo de Dahlgren e Whitehead, tais causas aparecem muito periféricamente. Contrariamente, no modelo de Solar e Irwin (modelo atual), as causas estruturais adotam uma posição em destaque representando a prioridade causal (dada neste marco conceitual) aos fatores estruturais na geração das iniquidades em saúde e na modulação das condições de vida. Além disto, este modelo permite compreender as relações entre os determinantes estruturais e intermediários da saúde (GARBOIS *et al.*, 2017). Contudo, o modelo de DSS segundo Breilh (2013), começa a romper com uma visão mais restritiva da epidemiologia convencional a partir da concepção do 'estrutural', sem que isso represente uma mudança de paradigma.

O modelo de DSS, até o presente, permite adotar uma perspectiva reducionista e fragmentada da realidade social. Breilh (2013) afirma que esta perspectiva reducionista oculta categorias analíticas importantes dentro das ciências sociais (como reprodução social, modos de produção, relações de produção) e que se trata de uma abordagem que não reconhece a contradição entre o regime de acumulação capitalista e os modos de vida saudáveis. Em decorrência, a abordagem de um social fragmentado se contrapõe aos esforços realizados na construção da interdisciplinaridade.

Desde a perspectiva das políticas públicas de saúde, percebe-se que insistir na separação entre o social e a saúde significa contrariar o princípio da integralidade, o que reforça a fragmentação da vida. Do ponto de vista das práticas cotidianas de atenção à saúde, e, tendo como presunção que todo ato em saúde é dotado de significação, adotar a noção de

determinantes sociais da saúde reforça a polaridade estabelecida entre o ser biológico e o ser social (GARBOIS *et al.*, 2017).

Segundo Almeida-Filho (2010) para compreender gênese e efeitos de iniquidades em saúde é necessário estabelecer uma ordem de determinantes como fontes e origens das desigualdades de modo distinto. Primeiro, as fontes de iniquidade em saúde pela vertente da diferença, geração e gênero; herança familiar e etnicidade. Em segundo lugar, pela vertente da distinção, religião e comunidade e comportamento e *habitus*. Em terceiro e pelo ângulo da desigualdade, ocupação e educação; renda e poder. Sendo assim, é imprescindível investigar os efeitos dos processos sociais de produção da saúde-doença-cuidado.

Continuando com o pensamento do autor, o campo da saúde sofre a ação de processos das desigualdades sociais os quais podem ser referenciados por categorias de processos como: determinação social da situação e das condições de saúde; produção social das práticas e instituições de saúde e construção social dos sentidos da saúde. Desde a problematização da equidade Almeida-Filho (2010) reflete sobre a necessidade de um trabalho de construção conceitual e de mobilização para a ação política capaz de tornar as diferenças mais iguais, promovendo igualdade na diferença, diminuindo o papel das diferenças de gênero, geração, étnico-raciais, culturais e de classe social como determinantes de desigualdades econômicas, sociais e ambientais.

3.3 Desigualdades e iniquidades em saúde bucal

Desigualdade em saúde refere-se genericamente às diferenças na saúde de indivíduos ou grupos. Qualquer vertente medível da saúde que varia de um indivíduo ao outro ou segundo grupos socialmente relevantes, pode ser denominada “desigualdade em saúde” (ARCAYA *et al.*, 2015). A inequidade denota disparidades evitáveis e injustas, expressão de desigualdades desnecessárias, do ponto de vista político em populações humanas. Trata-se do oposto a equidade, ou seja, ausência de justiça no que diz respeito a políticas distributivas sociais e de saúde. Já a iniquidade corresponde a inequidades resultantes da opressão social na presença de diversidade. É uma ausência extrema de equidade consequente do efeito de estruturas sociais perversas e de políticas iníquas geradores de desigualdade sociais eticamente inaceitáveis (ALMEIDA-FILHO, 2010).

Pensando em como as iniquidades afetam a saúde humana, apresenta-se uma realidade na qual os sistemas de saúde, a qualidade desses serviços e o acesso a eles e às melhores

tecnologias em saúde são desigualmente distribuídos entre as pessoas e grupos que compõem a sociedade. Assim, grupos e pessoas que sofrem as violações de direitos não têm acesso (ou acesso dificultado) a serviços, tratamentos e tecnologias em saúde de qualidade (FIORATI *et al.*, 2016).

A discussão sobre as desigualdades sociais em saúde colocou a questão do direito à saúde na pauta política em todo o mundo. Diferentes populações atribuem maior ou menor importância ao direito à saúde como um direito humano fundamental. Como exemplo deste valor, observa-se que os governos norte-americanos não consideram que esta seja uma questão relevante para o Estado. Na perspectiva deles, o direito à saúde é algo intrinsecamente relacionado com as capacidades individuais, estilos de comportamento e possibilidade de pagar pelos serviços apropriados (BARATA, 2009). Pelo contrário, para a Argentina e o Brasil, a saúde é um direito de todos e um dever do estado garantido pela Constituição Nacional (Art. 75 Inc. 22) e pela Constituição Federal de 1988 (Art. 196) respectivamente, mediante ações de política pública (ARGENTINA, 1994; BRASIL, 1988).

As desigualdades sociais em saúde podem manifestar-se de maneira diversa no que diz respeito ao processo saúde-doença em si, bem como ao acesso e utilização de serviços de saúde. As desigualdades no estado de saúde estão de modo geral fortemente atreladas à organização social e tendem a refletir o grau de iniquidade existente em cada sociedade. O acesso e a utilização dos serviços refletem também essas diferenças, mas podem assumir feições diversas, dependendo da forma de organização dos sistemas de saúde (BARATA, 2009).

A equidade na oferta de serviços de saúde implica a ausência de diferenças para necessidades de saúde iguais (equidade horizontal) e a providência de serviços prioritariamente para grupos com maiores necessidades (equidade vertical). Isto implica que todos devem ter acesso e utilizar os serviços indispensáveis para resolver as suas demandas de saúde, independentemente do grupo social ao qual pertençam, e aqueles que apresentam maior vulnerabilidade em decorrência da sua posição social devem ser tratados de maneira diferente para que a desvantagem inicial possa ser reduzida ou anulada. Em geral, o princípio de equidade tem sido operacionalizado em duas dimensões: condições de saúde e acesso e uso dos serviços de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Entende-se que a não acessibilidade de pessoas e grupos aos bens e patrimônios socioeconômicos, culturais e políticos constitui violação de direitos, ocorrendo em três níveis: pela ação do estado legitimando o acesso desigual ao poder e a prevalência dos interesses econômicos (mercado, capital) sobre as dimensões da existência humana, com base em valores éticos de dominação, legitimando o acesso desigual ao poder; pela organização político-social

representada pelas esferas governamentais (segmentos que detêm o poder político); e pela omissão da sociedade civil que naturaliza as desigualdades sociais legitimando-as segundo critérios formados nas crenças e preconceitos (FIORATI *et al.*, 2016).

Os mesmos processos que determinam a estruturação da sociedade são aqueles que geram as desigualdades sociais e produzem os perfis epidemiológicos de saúde-doença. O sistema de reprodução social dos diferentes grupos inclui os padrões de trabalho e consumo, as atividades práticas da vida cotidiana, as formas organizativas ou de participação social, a política e a cultura. Sendo esse um sistema contraditório de relações, do qual participam processos benéficos mantenedores da saúde e processos deletérios produtores da doença, acoplam-se aos padrões de saúde-doença dos fragmentos de classes sociais, estabelecendo assim os perfis epidemiológicos de classe. Portanto, as desigualdades sociais estão relacionadas à repartição do poder e da propriedade (BARATA, 2009).

Na concepção marxista, as classes sociais são definidas como grandes grupos de indivíduos que se diferenciam entre si pela posição que ocupam no sistema de produção historicamente determinado, pelas relações que estabelecem com os meios de produção, pelo papel que desempenham na organização social do trabalho e pelo modo como se apropriam de parte da riqueza social. O conceito engloba as dimensões econômicas, sociais, jurídicas, políticas e ideológicas (BARATA, 2009).

O conceito de classe é visto como capaz de apresentar um grande potencial explicativo, no entanto seja difícil de operacionalizar. Para efeito das investigações epidemiológicas, o que se pede ao conceito de classe social é que através dele possam ser identificados grupos definidos a partir de seus vínculos sociais estruturais, que são os determinantes mais imediatos das condições de vida das famílias e, portanto, da situação de saúde dos indivíduos, como já utilizados em pesquisas, como por exemplo: burguesia, proletariado, subproletariado, entre outras (BARATA, 2009).

Na concepção Weberiana a posição social do indivíduo decorre da classificação segundo três dimensões: classe econômica, prestígio e poder político. Os estratos sociais seriam compostos por indivíduos que compartilham determinadas características de inserção econômica (ocupação), prestígio social (escolaridade) e poder ou riqueza (renda). Características essas utilizadas para alocá-los em uma escala ou gradiente de valores crescentes ou decrescentes (BARATA, 2009).

A diferença da concepção Marxista, baseada na distribuição dos meios de produção, a concepção Weberiana baseia-se na distribuição da posse e acesso de produtos. Nesse sentido, a última tem uma maior popularidade de variáveis de posição socioeconômica em bancos de

dados censitários e em inquéritos. Além disso, o conceito de posição socioeconômica pode ser utilizado no nível ecológico, como bairros, enquanto o conceito de posse de meios de produção não possui significado fora do indivíduo (BOING *et al.*, 2013).

A ocupação é uma das variáveis mais utilizadas em pesquisas conduzidas nos países europeus como medida de classe social, em proximidade com os indicadores de classe social marxistas (BARATA, 2009). A escolaridade é outra variável utilizada no estudo das desigualdades sociais. Porém, uso apenas de indicadores de escolaridades não tem sido suficiente para a mensuração de posição socioeconômica o que favorece a omissão de gradientes com importante impacto na saúde (BOING *et al.*, 2013).

Segundo Barata (2009), a escolaridade materna é um dos determinantes mais importantes no estudo de problemas de saúde infantil por caracterizar-se como marcador de posição social e como indicador do nível de instrução. De acordo com Feldens *et al.* (2012), baixo nível de instrução materna é fator de risco para uma alimentação cariogênica, sendo um foco de intervenção importante para controlar cárie em crianças.

Além do uso individual também tem se analisado dados sobre perfis comunitários de saúde e indicadores educacionais, tomando como medidas aglomerados populacionais, medindo o total de anos completados de estudo ou taxa de analfabetismo entre outros. Como medida socioeconômica, cresce a importância da renda em estudos sobre desigualdade social. O nível de renda do indivíduo influencia no seu padrão alimentar, de vestimenta, de qualidade e localização de moradia, de acesso a conhecimentos, a cuidados médicos, e inúmeros fatores que atuam diretamente na exposição a risco e a fatores de proteção para várias doenças (BARATA, 2009) (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

No entanto, há vários aspectos a considerar no chamado paradoxo entre riqueza e saúde: a comparação entre países, a comparação entre regiões e a comparação entre ricos e pobres em uma mesma região, e é importante atentar a dois aspectos relacionados à renda e à riqueza: os valores absolutos e a distribuição ou valores relativos (BARATA, 2009).

Medidas com média de renda da população, produto interno bruto (PIB), produto nacional bruto e produto interno bruto real são empregados para aferir a riqueza de um município, estado ou país (BOING *et al.*, 2013). O coeficiente de Gini (quando o valor referente ao mais próximo a zero seria quando não há desigualdade, ou seja, todos possuem a mesma renda e quando o valor for mais próximo a um, a desigualdade seria máxima) e o Índice L (utilizado para cálculo do Índice de Desenvolvimento Humano, é definido pelo logaritmo da razão entre as médias aritmética e geométrica das rendas individuais, sendo nulo quando não existir desigualdade), entre outros, também têm sido utilizados como medidas de desigualdade

de renda (BOING *et al.*, 2013). As diferenças nos níveis de saúde entre grupos e países estão mais relacionadas principalmente com o grau de equidade na distribuição de renda (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

É evidente que o acesso e a forma de uso dos serviços de saúde expressam, de alguma maneira, a desigualdade social ante o processo saúde-doença-atenção-cuidado. No caso da saúde bucal, a população encontra obstáculos que deve atravessar para utilizar os serviços de saúde diretamente relacionados às características socioeconômicas e territoriais entre outras. Segundo Frenk (2014) o acesso é um processo que involucra os episódios que acontecem entre a necessidade de utilizar um serviço de saúde e o início da atenção. E inclui como antecedentes a busca da atenção às necessidades de saúde, a percepção das necessidades e o desejo da atenção. A seguinte situação é a continuidade e os resultados da atenção. Já a acessibilidade pode ser interpretada como uma relação entre os obstáculos na busca e a obtenção de atenção nas organizações dos serviços de saúde (obstáculos como resistência) por um lado; e a capacidade e recursos da população para superar esses obstáculos (poder de utilização) por outro.

A relação entre os obstáculos gerados pelos serviços de saúde e os recursos da população acontece em três dimensões: o local geográfico dos lugares de atenção, que tem a ver com o tempo e a capacidade de transporte dos usuários; a financeira, que conecta os custos para poder utilizar os serviços de saúde e a capacidade financeira da população, e a organizacional que associa as demoras para obter turnos e os tempos de espera com a disponibilidade do tempo livre e a tolerância às demoras. Em relação a capacidade financeira, os custos se referem ao gasto como desembolso direto da população e que não é contemplado pelo sistema de saúde, sendo que a relação entre o custo de um serviço e a renda da população pode modificar a acessibilidade (FRENK, 2014). Nesse sentido, o estudo dos obstáculos financeiros para o acesso aos serviços de saúde de uma população pode revelar omissões ou ações efetivas das políticas do Estado, através da análise comparativa do gasto direto em saúde entre regiões de um país e entre países.

De acordo com o estudo clássico de Petersen (1990), desigualdade em saúde bucal é o termo geral que se refere a distribuições assimétricas das condições de saúde bucal em uma população, as quais são descritas na literatura como características demográficas e sociais básicas como idade, sexo, estado matrimonial, ocupação ou ainda incluindo acesso a bens e serviços de tratamento, prevenção e higienização. Não é possível compreender as desigualdades em saúde/saúde bucal sem vinculá-las a utilização dos serviços de saúde disponíveis e aos

tratamentos realizados. Os agravos bucais possuem um impacto desproporcional sobre os membros mais pobres e menos escolarizados da sociedade (PETERSEN, 1990).

Segundo Petersen (1990) há quatro teorias que buscam explicar a relação entre iniquidades em saúde/saúde bucal. A primeira considera as iniquidades como Artefato, ou seja, acredita que as desigualdades na saúde não são reais, mas artificiais, são produzidas na tentativa de medir algo (saúde, classe social), que é muito complexo para ser aferido pelos instrumentos existentes. A segunda teoria é a da Seleção Social/Natural, aponta que as desigualdades sociais existem de fato, mas sugere que as diferenças são causadas pelo processo de seleção natural de saúde, na qual a classe profissional ou social é reconhecida como variável dependente e apresenta maior grau de significância de causalidade com a saúde.

A terceira segue a linha Materialista/Estruturalista que enfatiza o papel do ambiente externo: as condições que as pessoas vivem, trabalham e o que consomem (produtos não saudáveis, por exemplo). Nessa perspectiva, os indivíduos pertencentes a grupos sociais mais baixos estão expostos a ambiente mais insalubre: possuem trabalho mais perigoso, habitação precária, e têm menos recursos (renda) disponíveis para garantir as necessidades para a saúde e para utilizar os serviços de saúde disponíveis.

A quarta teoria seria a Comportamental/Cultural, a qual evidencia as diferenças na forma como os indivíduos em diferentes grupos optam por conduzir suas vidas, ou seja, o comportamento e estilos de vida que adotam. Tal explicação, assim, concentra-se no indivíduo como uma unidade de análise. As desigualdades em saúde aumentam porque grupos socialmente vulneráveis têm adotado comportamento mais perigoso e têm menos interesse em proteger a sua saúde para o futuro. O que está implícito é que as pessoas prejudicam a si mesmas, ou as suas crianças, por consumo excessivo de certos alimentos, tabaco e álcool ou pela subutilização da assistência médica preventiva. O padrão distinto de comportamento, conhecimentos e atitudes saudáveis dentro de certas comunidades seria uma consequência da baixa escolaridade. Essa perspectiva também é chamada de teoria da "cultural privação" ou da "pobreza cultural".

Além dos fatores considerados determinantes para cárie dentária (hospedeiro, dieta, biofilme e tempo) há aqueles chamados fatores modificadores individuais que interferem no processo saúde-doença. A cárie dentária é uma doença crônica, dependente do acúmulo de biofilme e do consumo de sacarose. O uso de produtos fluoretados ou o acesso a eles, junto com fatores socioeconômicos, e o nível de instrução, em especial a materna (Feldens; *et al.*, 2012), seriam os fatores modificadores. Em relação à pesquisa específica de "saúde bucal infantil" tem

se concentrado em fatores biológicos e ambientais com resultados preditivos escassos (FISHER-OWENS *et al*, 2007).

A influência dos fatores contextuais na prevalência de cárie também tem sido analisada nos últimos anos, incorporando-se indicadores socioeconômicos e ambientais, como renda *per capita*, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Índice de Gini, acesso aos serviços de saúde e disponibilidade de água de abastecimento fluoretada, entre outros (FREIRE *et al.*, 2013). Outros enfoques buscam analisar as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento dos vínculos entre indivíduos e grupos. São os chamados “ecossociais” e “enfoques multiníveis” e que pretendem integrar várias abordagens de maneira dinâmica, histórica e ecológica (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Segundo Holst (2001), é necessário fazer uma distinção entre as causas de um caso de cárie dentária e as causas de aparição de cárie dentaria nas populações. Os casos têm relação com as razões pelas quais as pessoas adoecem, no entanto, a incidência têm relação com a razão pela qual uma quantidade de pessoas de uma população (poucas ou muitas), ficam doentes. Desde uma perspectiva da epidemiologia social o enfoque supera os fatores de risco individuais pois possui um enfoque multinível. O que une a compreensão dos determinantes biológicos da cárie dentária com os determinantes sociais da cárie dentária. A epidemiologia social estuda a distribuição social e os determinantes sociais dos estados de saúde, considerando que os indivíduos estão integrados em sociedades e populações.

Destaca-se um modelo conceitual de saúde bucal, baseado nas ciências sociais e estudos epidemiológicos proposto por Fisher-Owens *et al.* (2007), aplicado à saúde bucal infantil. Este modelo conceitual multinível inclui vários níveis de influências incluído o desenvolvimento. Eles são descritos com o indivíduo, a família e a influência da comunidade nos resultados de saúde bucal. As famílias fornecem apoio e modelos para as crianças, influenciando a saúde bucal delas direta e indiretamente. As variáveis contextuais que influenciam às crianças ao nível da comunidade incluem a casa, o bairro, a própria comunidade e as características do estado e que pode observar-se através da cultura, o capital social e o sistema de saúde entre outros.

O modelo incorpora cinco domínios principais dos determinantes da saúde identificados na saúde da população. Estes são os fatores genéticos e biológicos, o ambiente social, o meio ambiente, os comportamentos de saúde e o atendimento odontológico e médico. Existe assim uma complexa interação de fatores causais. Por fim, reconhece a evolução das doenças bucais (cárie dentária) e da influência na criança, incorporando o fator do tempo. Ao levar em conta as mudanças ao longo do tempo, o modelo reconhece que a saúde e seus determinantes formam

um sistema dinâmico e em evolução. Assim, este modelo orienta para a consideração de lugares e horários apropriados na criança, no desenvolvimento da família e da comunidade para intervenções diretas (FISHER-OWENS *et al*, 2014).

A literatura epidemiológica geral tem demonstrado evidências de que muitas doenças afetam os grupos socialmente mais carentes da sociedade o que inclui privação de acesso às políticas públicas, privação de coesão social, dentre outros fenômenos (MOYSÉS, 2012).

O estudo de Gomes *et al.* (2019) objetiva determinar e comparar a proporção de cárie dentária e a sua gravidade com o índice CPOD (número cariados, perdidos e obturados por dente), a atividade de cárie segundo a reflexão e a textura da superfície (NIVAD, et al, 1999) e a alta experiência de cárie dentária (*Significant Carie Index*, SIC) entre escolares brasileiros e argentinos (n = 406 em Belo Horizonte- MG e n = 241 em Córdoba-CBA), bem como o acesso a serviços odontológicos (índice de cuidados: Obturados/CPOD* 100).

O trabalho corresponde a um projeto de intervenção chamado “Promoção da saúde contextualizada em comunidades escolares e seu entorno: a autonomia para a saúde” que tem a intenção de contribuir para a melhoria da saúde das comunidades envolvidas no projeto, nas cidades de Córdoba (Argentina) e Belo Horizonte (Brasil), a partir da geração de conhecimentos para a construção de estratégias de monitoramento das condições de saúde bucal e enfrentamento dos problemas em cada realidade. No contexto desse projeto, e para começar a etapa de planejamento das intervenções, foi realizado um levantamento epidemiológico para avaliar a cárie dentária entre escolares de Belo Horizonte e Córdoba. As escolas públicas que participaram no estudo fazem parte de campos de estágio e projetos das universidades (Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG e Universidade Nacional de Córdoba - UNC, respectivamente) (GOMES *et al.*, 2019).

Os autores relatam uma proporção livre de cárie dentária (sem cárie) de 19,9% na Argentina e 45,7% no Brasil. Nos dois países a cárie dentária foi o mais frequente e o índice de cuidados reforçou a falta de acesso/uso dos serviços de saúde bucal, pois foi muito baixo nos países (quanto maior é o índice de cuidados, maior é o acesso aos serviços de saúde bucal). Entre os indivíduos com experiência de cárie, a atividade (lesões localizadas em esmalte como a mancha branca) esteve presente em 26,4% na Argentina e 77,5% das crianças examinadas no Brasil. Ou seja, os indivíduos argentinos com cárie dentária apresentaram menos lesões incipientes e mais lesões severas (lesões cavitadas). Enquanto os indivíduos brasileiros apresentaram mais lesões localizadas em esmalte e menos lesões cavitadas e severas (GOMES *et al.*, 2019).

O CPOD, por incorporar no seu cálculo muitas pessoas livres de cárie, dilui os resultados encontrados em uma população. O SIC (*Significant Caries Index*) visa verificar a condição de saúde no grupo de pessoas que concentra a maior carga de doenças (grupo de polarização) onde o CPOD é maior. Os resultados de Belo Horizonte evidenciam a polarização da cárie dentária, e, em Córdoba, observou-se maior gravidade da doença com distribuição mais homogênea entre as crianças. Ambas as realidades precisam o desenvolvimento de ações estratégicas voltadas para a promoção da saúde articuladas a seus contextos. Em ambos os países, foi identificado um grupo que ainda concentra a maior carga da cárie dentária, representado pelos grupos SIC. E são esses grupos populacionais os que merecem mais atenção, uma vez que as estratégias vigentes não estão sendo suficientes para enfrentar o problema, sendo necessárias estratégias singulares em função da vulnerabilidade social e da determinação social da cárie dentária (GOMES *et al.*, 2019).

Além disso, existe uma fragilidade na abordagem dos serviços no que tem a ver ao cuidado integral e das ações intersetoriais para o desenvolvimento de ações preventivas na escola. Tornou-se evidente que o acesso a cuidados restauradores é muito baixo nos dois países. Sendo assim, ambos os países enfrentam a mesma questão (cárie dentária) destacando-se como um problema a enfrentar ainda, a falta de acesso aos serviços. A relevância deste estudo resulta na possibilidade de aplicar a epidemiologia para o planejamento (GOMES *et al.*, 2019).

Os países mais igualitários tendem a gastar mais em bens e serviços públicos. Além da maior coesão social e dos laços cooperativos que caracterizam o capital social, outras explicações para melhor nível de saúde em situações de menos desigualdade apontam as políticas públicas universalistas como responsáveis por uma proporção dos resultados (BARATA, 2009). Os modelos universais são apontados como mais eficientes, mais equânimes e, portanto, com maior impacto nas condições de saúde (LOBATO, 2012). Apesar disso, novas intervenções e programas populacionais de saúde parecem atingir inicialmente aqueles de maior status socioeconômico, o que pode aumentar as iniquidades num primeiro momento, e só mais tarde beneficiar os indivíduos com maior vulnerabilidade social (VICTORA *et al.*, 2000).

O estudo de Drummond *et al.* (2015), traz uma luz sobre como as iniquidades socioeconômicas podem explicar as desigualdades na experiência de cárie dentária entre diferentes grupos étnicos entre brasileiros de 15 a 19 anos após implementação da PNSB no Brasil.

Os autores analisaram dados da pesquisa nacional de saúde bucal no Brasil 2010. A raça/etnia foi auto referida e modificada a brancos, afrodescendentes, asiáticos, mistas e indígenas. A prevalência da experiência de cárie dentária calculada por raça/etnia em 2010 (n=

5.367) foi de 76,9% em brasileiros de 15 a 19 anos. Embora os afrodescendentes estivessem 32% mais propensos à cárie dentária que os brancos, a raça-cor pardo era 69% mais propensa à cárie dentária que os brancos. A análise do modelo conceitual hierarquizado confirmou a associação altamente significativa entre cárie dentária e raça/etnia. O estudo mostra que os brancos foram beneficiados mais da redução significativa de experiência de cárie dentária entre os brasileiros de 15 a 19 anos em comparação com os afrodescendentes e pardos. A educação e a renda explicaram completamente as desigualdades étnicas na experiência de cáries entre brancos e afrodescendentes e em grande medida as desigualdades entre brancos e pardos (DRUMMOND *et al.*, 2015). Desse modo, o enfrentamento das desigualdades sociais em saúde depende de políticas públicas capazes de modificar os determinantes sociais, melhorar a distribuição dos benefícios ou minorar os efeitos da distribuição desigual de poder e propriedade nas sociedades modernas (BARATA, 2009).

Segundo Mathur *et al.* (2005), apesar da saúde bucal ser importante para a saúde global, bem-estar, qualidade de vida e ter um impacto desproporcional sobre os membros mais pobres, menos escolarizados da sociedade; as doenças orais não foram incluídas dentro da agenda política das doenças não notificáveis em uma estratégia nacional (particularmente em países periféricos) ou em nível global. Com base nesta afirmação, é de suma importância que a comunidade de saúde garanta que os agravos bucais sejam incluídos na agenda dos países para fomentar os debates e a formulação de políticas públicas.

3.4 Atenção Primária à Saúde. Sistemas de Saúde e Saúde Bucal

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada pela OMS como:

Essencial, com base na prática, evidência científica e metodologia e tecnologia socialmente aceitável, universalmente acessível a indivíduos e famílias da comunidade por meio de sua participação total e custo total que a comunidade e o país possam apoiar, para manter cada nível de desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. Faz parte integrante do sistema de saúde do país (que é o foco central e principal) e do desenvolvimento social e econômico total da comunidade. É o primeiro nível de contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, oferecendo o máximo de assistência médica possível ao local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento do processo contínuo de assistência médica (OMS, 1978, p. 2, tradução nossa).

O conceito de APS tem sido redefinido e reinterpretado desde então. A OMS define a APS baseada em três componentes. O primeiro é garantir que as pessoas tenham acesso a serviços abrangentes de promoção, proteção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos

ao longo da vida. O segundo, agir de forma sistemática sobre os determinantes mais amplos de saúde por meio de políticas públicas e ações baseadas em evidências em todos os setores. Finalmente, empoderar indivíduos, famílias e comunidades para otimizar sua saúde, como defensores de políticas públicas de saúde e como co-desenvolvedores de saúde por meio de sua participação.

Uma das razões pela qual a OMS considera importante a APS tem a ver com atingir o acesso universal à saúde. Sendo que uma atenção primária robusta permite contribuir com outros objetivos, além do objetivo relativo à saúde, como os objetivos relacionados à erradicação da pobreza e da fome, às melhoras na educação, à igualdade de gênero, ao saneamento, ao trabalho e ao crescimento econômico, à redução da desigualdade e à ação pelo clima, entre outros, (OMS, 2019). Porém, dependerá dos países e suas políticas todas garantir o direito à saúde geral e à saúde bucal através do acesso e uso oportuno a serviços efetivos e de qualidade quando necessários, além da cobertura à saúde, diminuindo os obstáculos geográficos, de gênero, ambientais e financeiros para as populações.

Na Argentina é empregada a terminologia APS no que se refere ao primeiro nível de atenção, como uma estratégia com enfoque integral, comunitário, baseada nos princípios de equidade e solidariedade orientada a resolver as necessidades básicas de saúde de um grupo de população. As ações promovidas são o trabalho em equipe, a responsabilidade profissional, a acessibilidade geográfica, a cobertura efetiva dos programas e a avaliação permanente (OPS, 1999; ARGENTINA, 2016a). É necessário contextualizar o conceito da APS e como ela opera na Argentina em relação às políticas dos governos ao longo do tempo.

Durante a década de 1990, predominaram as políticas neoliberais (governo de Carlos Menem) sendo o principal expoente no setor saúde a reforma integral do sistema de saúde. As modificações foram incorporadas pelo Decreto 9/93 aprofundando a segmentação do mercado, com menor distribuição dos recursos e maior concentração das obras sociais e medicina pré-paga (sistema de livre afiliação para o usuário). O sistema proposto passaria a ser financiado com os aportes dos afiliados garantindo uma prestação básica de serviços de saúde e que foram plasmadas em 1996 no Programa Médico Obrigatório (PMO). Assim, a proposta baixava os aportes dos empregadores carregando sobre os indivíduos a responsabilidade do cuidado à saúde (CERDÁ, 2006). Porém, o capítulo referido aos serviços odontológicos do PMO para os beneficiários do subsetor seguridade social e privado contempla o primeiro nível de atenção com uma quantidade elevada de ações odontológicas que incluem especialidades.

A diferencia mais importante que caracterizou a década seguinte, após a crise política e econômica em 2001-2002, radica nos propósitos que orientaram as propostas e o retorno do *Ministerio de Salud de la Nación* (MSAL) como ator na arena dos serviços dentro de um contexto de governos progressistas (governos de Néstor Kirchner e Cristina Kirchner). Sem ser uma reforma para o setor saúde, a hierarquização do primeiro nível de atenção desde a estratégia da APS como organizador do subsetor público foi planteada pelo Plano Federal de Saúde (2004-2007) e concretizada em diferentes programas que tiveram aos Centros de Atenção Primária da Saúde (CAPS) como território de execução (CHIARA *et al.*, 2017). A implementação da estratégia da APS, nesse contexto, caracterizou-se por sua heterogeneidade e descontinuidade, coexistindo modelos centrados na comunidade, o indivíduo e a família, com o modelo assistencial tradicional do âmbito hospitalar com diferentes graus de inserção eficiência e impacto social. O fortalecimento dos CAPS ao longo do tempo favoreceu as vias de acesso da população aos serviços de saúde. Ao mesmo tempo que descomprimiram níveis superiores de atenção (hospitais e centros de maior complexidade), alguns deles incorporaram a atenção odontológica como parte da estratégia da APS, embora com menor oferta de serviços que os obrigatórios para o PMO.

Em 2008, o Programa de Atenção Primária da Saúde incorporou a redes de serviços de saúde orientadas ao diagnóstico oportuno e seguimento de patologias crônicas não transmissíveis (hipertensão e diabetes). Foram criados programas para trabalhar dentro das estratégias da APS para fortalecer a capacidade resolutiva no primeiro nível. Entre outros, cabe salientar o Programa Remediar (gestão de medicamentos) e o Programa Nacer (crianças e gestantes), posteriormente chamado Programa Sumar. Este último, orientado à conformação de seguros públicos provinciais que garantem um conjunto de serviços à população sem cobertura em saúde. No processo de universalização, a política nacional orientou-se para o fortalecimento do primeiro nível de atenção para promover o acesso facilitando a obtenção de atenção sanitária gratuita da população com cobertura pública exclusiva (CHIARA *et al.*, 2017).

A partir de fim de 2015, o governo de Mauricio Macri alinhou-se às propostas das agências internacionais criando a Cobertura Universal de Saúde (CUS), implementada em 2016 (ARGENTINA, 2016a; ARGENTINA, 2018c). São os eixos estratégicos da CUS na Argentina a implementação de uma Estratégia de Saúde Familiar e Comunitária (ESFC), como estratégia territorial prioritária; o desenvolvimento ou fortalecimento dos sistemas de informação; o monitoramento e avaliação de indicadores de qualidade e metas definidas entre nação e

províncias para as linhas do cuidado junto com a rede de serviços de saúde; e finalmente, a reorganização da APS (ARGENTINA, 2018c).

No Brasil, Atenção Básica à Saúde (ABS) é a terminologia utilizada pelo Ministério da Saúde (MS) para indicar o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, apresenta como sinônimos as expressões “atenção primária à saúde” e “cuidados primários de saúde”, comumente encontradas na literatura internacional. Independentemente do termo utilizado, deve-se ressaltar que no Brasil, são os mesmos os seus atributos, primeiro acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária, competência cultural; e as suas responsabilidades, prover um cuidado humanizado, abrangente, qualificado, resolutivo e centrado no indivíduo (BRASIL, 2010).

As Unidades Básicas de Saúde são a porta de entrada preferencial para o SUS. O objetivo deste nível de atenção é atender até 80% dos problemas de saúde da população sem que haja a necessidade de encaminhamento para outros serviços como emergências e hospitais. Além disso, é o principal centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Enquanto o nível intermediário de atenção fica a encargo do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU 192), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e o atendimento de média e alta complexidade é feito nos hospitais (BRASIL, 2020c).

O SUS tem a PNAB como eixo estruturante da atenção à saúde no Brasil, sendo a ESF o principal elemento de capilarização da APS no país. As EqSF atuam nas UBS, em territórios definidos, de forma multiprofissional, para realizar a atenção integral à população (BRASIL, 2011a). A ESF é o modelo integral adotado pelo SUS. Segundo a PNAB o conceito ampliado de saúde deve nortear a mudança progressiva dos serviços, evoluindo de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde e que permita incorporar progressivamente ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação (BRASIL, 2011a).

A PNAB foi criada em 2006 (governo de Luiz Inácio Lula da Silva) e modificada no primeiro momento em 2011 (governo de Dilma Rousseff), sendo estabelecidos seus princípios e objetivos considerando os princípios do SUS como eixos norteadores. Esses princípios asseguram a participação de diversos atores representados por profissionais da saúde, usuários, gestores e prestadores de serviço em todas as esferas do governo, na definição da política de saúde bucal, buscando assim, assegurar o controle social. As unidades da atenção básica deveriam se articular com toda Rede de Atenção à Saúde, utilizando a epidemiologia como

estratégia de planejamento e territorialização, os indicadores, a vigilância à saúde, a saúde da família dentro da atenção básica, e a educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2011a).

Destacam-se o acolhimento e o cuidado como eixo de reorientação do modelo de atenção e a humanização do processo de trabalho. O acolhimento é definido em 2003 pela Política Nacional de Humanização (PNH) (governo de Luiz Inácio Lula da Silva), como as práticas de produção e promoção de saúde construídas pelos trabalhadores e as equipes que têm responsabilidade pelos usuários desde a sua chegada até a sua saída. Nesse sentido, a escuta qualificada possibilita analisar a demanda, colocar os limites, visando a horizontalidade do cuidado e articulando com as redes externas e outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2004a). Assim, junto com as políticas mencionadas nos parágrafos anteriores, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) criada em 2006 (governo de Luiz Inácio Lula da Silva) propõe ações de promoção, capacitação, e reorientação dos serviços de saúde com ênfase na APS (BRASIL, 2010b).

A partir de 2017 (governo de Michel Temer) com a modificação da PNAB 2017, perceberam-se mudanças do modelo assistencial no que tem a ver como a continuidade da equipe multiprofissional, prioridade ao pronto atendimento, centralidade no cuidado individual, enfraquecimento do enfoque territorial comunitário e a cobertura por cadastramento, o que evidenciam o redirecionamento da política da saúde. Segundo Giovanella, *et al.* (2020), a possibilidade de concentração das equipes nas áreas centrais dos municípios, põe em risco a capilaridade da ESF nas comunidades. Além disso, o conjunto de reformas das políticas sociais, incluindo-se as do setor saúde, cristaliza iniquidades e fortalece a mercantilização na prestação de serviços de APS.

Para ambos os países a APS compreende um conjunto de ações individuais e coletivas que incluem promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Tanto na Argentina como no Brasil a APS é considerada uma estratégia sendo as equipes de saúde responsáveis por populações associadas e com articulação dos demais níveis de atenção do sistema de saúde. Porém, a Argentina não tem um sistema de saúde universal, e sim um o sistema de saúde fragmentado que compreende três setores: público, seguridade social e privado. No entanto, o sistema de saúde argentino contempla os mesmos princípios e objetivos da APS nos três setores (ARGENTINA, 2002; BRASIL, 2006a).

3.4.1 O Sistema de Saúde na Argentina

A Constituição Argentina no artigo 13 estabelece a saúde como direito da população e dever do Estado. A República Argentina é um Estado Federal, integrada por 23 províncias e a Cidade Autónoma de Buenos Aires (Capital Federal). Estas 24 unidades político administrativas são as que têm por mandato constitucional a responsabilidade do cuidado e da proteção da saúde da população (ARGENTINA, 1994). Em 1989, a lei 23.661, criou o Sistema Nacional de Seguro de Saúde que no seu artigo 5º fragmenta a população em trabalhadores assalariados, autônomos e pessoas sem benefícios (estes últimos com cobertura exclusiva do estado). Deste modo, define um sistema de seguro de saúde com foco na APS que contempla a medicina pré-paga ou saúde suplementar (ARGENTINA, 1989).

O MSAL é a máxima autoridade em matéria de saúde; existem a nível provincial e municipal os respectivos Ministérios e Secretarias de Saúde. O Estado intervém nos três níveis (nacional, provincial e municipal). Sendo assim, a Nação exerce a coordenação, regulação e assistência técnica e as províncias e os municípios brindam serviços diretos de assistência à população. O financiamento dos serviços se realiza através dos impostos a cobrar. O conceito de cobertura para a Argentina é definido historicamente como a quantidade de pessoas abrangidas no sistema de saúde e que pode ser diferenciado nos três subsetores regulados pelo Estado Nacional (público, seguridade social e privado) (ARGENTINA, 2018b).

O subsetor público presta serviços à população através de hospitais e centros de saúde. São os governos provinciais e municipais os responsáveis deles. Atendem a famílias de baixa renda que não têm cobertura da seguridade social porque não são trabalhadores assalariados. Também atendem a pessoas que tendo algum tipo de cobertura têm limitações de acesso por motivos geográficos ou econômicos. O subsetor da seguridade social presta serviços aos trabalhadores assalariados a seus familiares diretos através das Obras Sociais Nacionais ou Provinciais. O subsetor privado presta serviços a pessoas e famílias que pagam por ato médico ou que pagam um plano de saúde (pré-pago) (ARGENTINA, 2018b).

A *Superintendencia de servicios de Salud*, têm a função de regular e exercer o controle sobre as Obras Sociais Nacionais e administrar um fundo de redistribuição que recompensa as Obras Sociais mais desfavorecidas (as que têm menor quantidade de afiliados e recursos), bem como os planos de saúde privados. O objetivo principal é o cumprimento das políticas da área

para seus afiliados. Tanto as Obras Sociais como a Medicina Pré-paga têm por obrigação atender o PMO (ARGENTINA, 2002).

A Argentina é um país com iniquidade de acesso à saúde determinado pelos fatores sociais. O sistema de saúde argentino se caracteriza por uma excessiva fragmentação. Existe um triplo fracionamento de direitos, regulatória e territorial (as províncias têm competência própria em saúde) por causa das marcadas diferenças de desenvolvimento econômico por região. A autoridade sanitária nacional tem uma capacidade limitada para influenciar sobre as províncias e para propor inovações legislativas, regulatórias e programáticas (CETRÁNGOLO, 2014).

No subsetor público destaca-se o PS, um programa federal do MSAL que brinda cobertura de saúde pública a 16 milhões de pessoas desde 2012. Reforça o acesso universal consagrado na Constituição Nacional e os tratados internacionais que a integram. Possui uma modalidade de financiamento baseado em resultados e uma estratégia ativa de identificação da população frente ao sistema de saúde indispensável para à planificação do cuidado da saúde da população a cargo, monitorando o estado de saúde e a utilização efetiva dos serviços de saúde priorizados (ARGENTINA, 2014a).

Como parte da estratégia de ampliação da população e cobertura do programa, foi criado o Plano de Serviços de Saúde (PSS) que inclui mais de 400 serviços priorizados financiados pelo PS. O PSS identifica 47 linhas do cuidado à saúde e promove estratégias essenciais para a abordagem da prevenção primária, a promoção da saúde e tratamento e prevenção secundária, ambos organizados por linhas do cuidado. São parte dos seus objetivos diminuir a carga das doenças, ordenar e reorientar a oferta do sistema público de saúde e empoderar aos cidadãos no exercício efetivo do direito à saúde (ARGENTINA, 2014a).

O PS trabalha articulado com as obras sociais provinciais para atingir uma agenda comum entre o subsetor público e seguridade social compartilhando a mesma visão de política sanitária. Pretende promover um único modelo assistencial que hierarquize a estratégia de APS para alcançar um sistema de saúde mais equitativo e eficaz. A integração de ambos os setores pode reorientar o modelo de atenção e gestão, para melhorar a qualidade de serviços e o acesso, independentemente de setor que brinda a cobertura. Sendo assim, o conceito de universalidade, qualidade, boa prática profissional e o direito à saúde é igual para todos os setores (ARGENTINA, 2014a).

Desde 2016 o governo nacional (Mauricio Macri) estabeleceu como uma das políticas prioritárias o avanço para a cobertura e acesso universal. Portanto, todos os programas dependentes da Secretaria do Governo de Saúde (ex MSAL) foram dirigidos para colaborar e coordenar a implementação e desenvolvimento desta estratégia. O acesso à saúde é definido como “a capacidade de utilizar os serviços de saúde sem que permaneçam barreiras administrativas, organizacionais, geográficas, financeiras, culturais ou de gênero” (ARGENTINA, 2018d, p. 8). O conceito de cobertura é redefinido, deixando de ser uma definição classificatória do tipo de subsetor, e muda para “a capacidade do sistema de saúde de responder às necessidades da população o que inclui a disponibilidade de infraestrutura, recursos humanos, tecnologias da saúde, medicamentos e financiamento” (ARGENTINA, 2018d, p. 8). Sendo assim, o conceito de cobertura implica a continuidade da atenção, integralidade, coordenação de cuidados com efetividade, equidade e qualidade.

O termo ‘cobertura’ classicamente corresponde a uma possibilidade de obter a prestação (que pode ou não se realizar). No caso dos cuidados de saúde, ao se dizer que uma determinada unidade ou equipe ‘cobre’ um determinado número de indivíduos não significa que aquele número de indivíduos esteja utilizando os serviços da unidade ou será capaz de usá-los quando necessitar. Cobertura, portanto, difere de acesso e utilização. Assim, falar de cobertura universal sem qualificação pode admitir que a ‘cobertura’ contributiva a um seguro social ou privado sempre corresponderá a oportunidades de acesso e uso, o que não é verdadeiro (NORONHA, 2013). Nesse sentido, optaremos por chamar, segundo Noronha (2013) “acesso e uso oportuno a serviços efetivos e de qualidade quando necessários”, para nos referir à cobertura dado que cobertura deve significar acesso e uso e que deve se dar sem barreiras.

O MSAL, pela modificação da Lei de Ministérios que em 2018 reduz a quantidade de ministérios nacionais de 18 a 10, tornou-se Secretaria de Saúde pelo decreto 801/2018 (governo de Mauricio Macri) dependente de um novo ministério (Ministério de Saúde e Desenvolvimento Social) (ARGENTINA, 2018a). E que trouxe uma diminuição hierárquica institucional como ator na arena da política nacional. Finalmente, em 2019, o MSAL voltou a recuperar à categoria de Ministério da Saúde pelo Decreto 7/2019 (governo de Alberto Fernández) que designa 21 ministérios.

3.4.2 A Saúde Bucal na Argentina

Na Argentina, a prática odontológica no setor público começa no ano 1934 com a criação do Instituto Municipal de Odontologia Infantil. A incorporação do dentista na odontologia hospitalar continuou, durante a segunda metade do século XX, consolidando o paradigma da prevenção. A partir da década de 1970, se incorpora a odontologia integral junto com os novos campos de desenvolvimento profissional como a estética e a ‘odontologia social’, em paralelo com a ‘odontologia sanitária’ surgida no Brasil. O papel do profissional se dividia entre reforçar a gestão da saúde pública e desenvolver novas especialidades como a endodontia, odontopediatria, gerontologia, ortodontia e necessidades especiais. A prática odontológica hegemônica do século XX na Argentina refletia na odontologia, seja na formação profissional, seja no mundo de trabalho, o privilégio da esfera privada e o acesso a serviços odontológicos para uma elite econômica que podia arcar com os custos mercadológicos envolvidos (BRIEM STAMM; CARRIEGO, 2018).

A cárie dentária afeta 3.5 mil milhões de pessoas, constituindo um desafio importante para a saúde pública (GBD 2017, 2018). É a doença mais frequente na infância, no entanto, afeta todas as idades ao longo da vida. Segundo os dados do Programa de Saúde Bucal da OMS/País e Região, a cáries não tratada em dentes permanentes tem uma prevalência global de 40% e afeta a 7 de cada 10 crianças na Argentina. Além disso, as lesões de cárie não tratada podem ter impacto no crescimento da criança, dificultar comer e dormir, sendo a principal causa de evasão escolar e laboral. O mesmo que para as outras doenças bucais, a cárie dentária divide iguais determinantes sociais e as mesmas desigualdades em saúde (FDI, 2015).

Quanto aos levantamentos epidemiológicos, a idade de 12 anos é especialmente importante por ser uma idade em que geralmente a criança deixa a escola primária. Portanto em muitos países, esta é a última idade na qual uma amostra confiável pode ser facilmente obtida por meio do sistema escolar. Além disso, é provável que nesta idade todos os dentes permanentes exceto os terceiros molares tenham equacionado. Por essas razões, a idade de 12 anos foi escolhida como o grupo etário de referência global para comparações internacionais e vigilância das tendências de doença (OMS, 2013).

O índice CPOD é utilizado para descrever a cárie dental em estudos epidemiológicos. É composto pela soma do número de dentes cariados (C), perdidos (P) e obturados (O). Embora não seja a única medida e apresente limitações, o estado de saúde bucal das populações é

frequentemente resumido através do seu valor aos 12 anos. Um valor de 1 significa que 1 dos 32 dentes permanentes está cariado, perdido ou obturado (FDI, 2015).

Os valores do índice correspondem aos seguintes graus: muito baixo (0,0 a 1,1), baixo (1,2 a 2,6), moderado (2,7 a 4,4), alto (4,5 a 6,5) e muito alto (6,6 e mais). Valores elevados indicam más condições de saúde bucal da população, frequentemente associadas a condições socioeconômicas desfavoráveis, a dificuldade de acesso aos serviços e a hábitos deletérios, como alto consumo de açúcares. Também pode indicar limitado acesso ao flúor (OMS, 1996).

Segundo Gonzalez Rivas (2018), a realidade da saúde bucal da Argentina neste milênio se encontra com altos indicadores de doenças bucais e falta de ações eficazes ao longo prazo. Sendo uma das suas maiores dificuldades manter ao longo do tempo, planos nacionais e legislações que transformem a saúde bucal numa política de estado superando os tempos eleitorais, as crenças políticas e a gestão pública flutuante. O último estudo nacional de cárie dentária no país foi realizado em 1987 e publicado no informe da OMS *DMFT levels at 12 years* em 1996 (OMS, 1996) com CPOD aos 12 anos de 3,4. Esta falta de atualização dos dados dificulta a avaliação das condições de saúde bucal da população e a projeção de novas políticas de saúde bucal no país.

Em relação à falta de dados epidemiológicos atualizados citaremos um parágrafo do anexo1 da Resolução 440-E/2017 que refere ao marco teórico da criação do Programa de Reabilitação Bucal (ARGENTINA, 2017b p. 4, tradução nossa):

Se bem na Argentina não temos estudos representativos da totalidade das pessoas e da quantidade de peças dentais perdidas; existem numerosos trabalhos institucionais e de investigações profissionais, realizadas em todo o país sobre pequenas comunidades, que demonstram a enorme problemática da deficiência, incapacidade e invalidez provocada pela mortalidade dental. No entanto, a similitude de nossa população com as populações dos países mencionados (México e Chile), mostra uma realidade onde a problemática da deficiência dental em nossos idosos supera o sugerido como mínimo para ter uma boa saúde bucal.

Diante do exposto, podemos problematizar o seguinte: são de fato as populações dos países mencionados similares em relação à perda dentária? Em base a quais estudos são inferidas essas afirmações? Por que não são propostos estudos epidemiológicos para avaliar a situação da saúde bucal da população Argentina? É possível desenvolver políticas assertivas frente à falta de dados? quais estudos são considerados representativos e de quais instituições; existe um interesse em terceirizar esses estudos epidemiológicos? E por último, existe interesse do Estado?

A utilização dos serviços de saúde na Argentina é concentrada nos indivíduos mais favorecidos. E a desigualdade tem a ver principalmente com as variáveis tais como: a renda familiar *per capita*, o nível de instrução; possuir cobertura de saúde e lugar de moradia, entre outros. Na Argentina, a Pesquisa Nacional de fatores de Risco, registrou que o maior nível de cobertura à saúde associou-se ao maior ingresso, maior nível educativo e maior idade (ARGENTINA, 2018b). A distribuição desigual dos profissionais da saúde bucal e a falta de centros de saúde em condições apropriadas gera uma acessibilidade baixa aos serviços de saúde bucal (OMS, 2020a). As demandas de serviços de saúde bucal superam as capacidades dos sistemas de saúde principalmente no setor público. Sendo assim, uma elevada proporção de doenças bucais não é tratada e muitos pacientes não podem resolver as suas necessidades de tratamento. Além disso, segundo a OMS o tratamento odontológico é custoso e representa uma média de 5% do gasto total em saúde e do 20% dos gastos diretos dos pacientes.

A *Dirección Nacional de Salud Bucal* (DINASAB), dependente do MSAL, foi criada pelo Decreto 580/2015 e tem por objetivos propor, desenvolver e controlar as ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde bucal de maneira eficiente, equitativa e solidária aos fins de reduzir a morbidade das doenças bucais e melhorar a qualidade de vida da população. Implementa programas tanto na promoção e prevenção de saúde bucal, câncer bucal e reabilitação como intersetoriais. Serão descritos nos seguintes parágrafos alguns mecanismos pelos quais as políticas públicas na Argentina colaboram com a saúde bucal.

Na Argentina, a fluoretação das águas foi aprovada mediante a lei n° 21171 em 30 de setembro de 1975 (ARGENTINA, 1975), que dispõe a fluoretação e desfluoretação da água tratada até alcançar o nível ótimo do íon flúor. Desde então foram achadas na literatura referências sobre as províncias de *Misiones, Santa Fe e Tucumán*, que aderiram a proposta da referida lei e implementaram planos de fluoretação das águas de consumo. Porém, na atualidade na província de Tucumán, uma das províncias aderidas à fluoretação das águas, esses planos não estão sendo executados. Segundo o estudo de Duran *et al.* (2017) realizado com o objetivo de analisar a distribuição geográfica do conteúdo de fluoretos na água de abastecimento público na província de Tucumán o 94% da população estudada consumia água com concentrações inferiores aos limites recomendados, 5% estava exposta a concentrações de fluoretos superiores ao limite máximo requerido e 1% consumia água em concentrações ótimas.

Para conferir os dados achados foi realizada uma consulta ao MSAL através do acesso à informação pública sobre o abastecimento público atual do flúor. Segundo a lei 27.275 todos os poderes do Estado nacional bem como diversos organismo público e privado devem garantir

o direito de acesso à informação pública. O acesso é gratuito e digital, com um prazo de resposta de 15 dias. A partir de 2016, com o decreto 117/2016, foi promovido o “plano de abertura de dados” com o objetivo de dar a conhecer o funcionamento do governo, fortalecimento de contas e melhora de vida da cidadania. Podemos salientar que o acesso aos dados públicos e a construção de plataformas de acesso aos dados públicos é recente e possui barreiras, o que ainda representa dificuldade ao acesso de toda a população por igual. O organismo encarregado de responder pela distribuição de fluoreto às províncias aderidas é a DINASAB, não existindo dados disponíveis de livre acesso.

A fluoretação da água é reconhecida mundialmente como um importante fator para o declínio da prevalência e gravidade de cárie dentária (PERES; ANTUNES; PERES, 2006; ANTUNES; NARVAI, 2010). Como medida de saúde pública é capaz de atender uma grande população, particularmente aqueles com piores condições de saúde bucal e com limitado acesso ao sistema de saúde (GABARDO *et al.*, 2007); e que traz repercussão em termos de benefício social pois a melhoria de saúde bucal é maior quanto menor a renda familiar o que expõe a importância da regularidade da manutenção da concentração ótima de flúor em termos de benefícios (CURY, 1992). Desse modo, além de ser mantida, deve ser monitorada, a fim de que o teor de flúor seja mantido dentro dos padrões adequados para o controle da cárie e prevenção da fluorose dentária. Programas de políticas públicas devem garantir a implantação da fluoretação das águas em municípios com sistemas de tratamento, possibilitando à população o acesso aos benefícios do flúor. (MOIMAZ, 2018).

A OMS estabelece o valor limite de fluoreto na água bebida de 1,50 mg/l (OMS, 1998), e salienta a necessidade de ter em consideração as condições climáticas, o volume de água ingerido e a ingestão de fluoretos procedentes de outras fontes. O Código Alimentar Argentino (CAA) (ARGENTINA, 2019a) estabelece os limites mínimos e máximos no conteúdo de fluoretos em função da temperatura máxima média da zona e tendo em consideração o consumo diário da água. Sendo assim, determina a concentração de fluoreto que deve possuir a água mineral (Flúor máximo: 2,0 mg/l) e a água de rede. O MSAL é o organismo responsável pelo abastecimento de flúor às províncias aderidas à lei de fluoretação das águas.

No que tem a ver com a composição dos dentífricos e a concentração de flúor, a Administração Nacional de Medicamentos Alimentos e Tecnologia Médica (ANMAT) é o organismo oficial de controle. Porém, não existe uma regulação em relação à obrigatoriedade de adesão de flúor nos dentífricos ou valores mínimos e tipo de fluoreto para garantir a qualidade e efetividade. Existem tratados do MERCOSUL em relação aos dentífricos com

flúor vigentes tanto na Argentina como no Brasil que recentemente foram questionados no Brasil (MERCOSUL, 2009; CURY, 2015; BRASIL, 2020a). Se bem existe uma grande oferta no mercado de dentifrícios com flúor, muitas pessoas, e em particular as mais pobres, poderiam quedar excluídas dos benefícios do flúor pela falta de políticas regulatórias, tendo em consideração que os dentifrícios sem flúor são os mais econômicos.

Na Argentina existem opiniões contrapostas em relação ao uso de flúor, as quais não conseguiram modificar até agora as posturas dos organismos oficiais de saúde, por não ter reunido a suficiente evidência científica para promover uma mudança nas recomendações. No entanto, existem dois projetos de lei que tentaram revogar a lei 21172/75 nos anos 2014, 2015 e inclusive uma nota do próprio MSAL recomendando formular e promover pesquisas que permitam verificar a validade da fluoração segundo a população afetada, tendo em consideração que existem áreas endêmicas com altas concentrações de flúor natural na água. (ARGENTINA, 2015a; ARGENTINA, 2014c).

O Programa Nacional de Saúde Escolar (PROSANE), incorporado no ano 2015 ao “Sistema Integrado de Informação Sanitária Argentino” (SIISA), contempla a avaliação da saúde bucal através de uma estratégia metodológica por regiões. Segundo o informe de 2014, os problemas de saúde mais prevalentes detectados nas crianças e adolescentes, foram bucais. Mais da metade das crianças avaliadas apresentaram cárie dentária nos dentes decíduos e permanentes. Este problema afeta mais de metade da população e é a doença mais frequente nas crianças em idade escolar (ARGENTINA, 2014b).

O PROSANE tem por objeto impulsar e desenvolver ações de promoção à saúde com a comunidade educativa, identificar o estado de saúde das crianças e adolescentes das coortes selecionadas e procurar acessibilidade da população alvo ao primeiro nível de atenção, e a articulação com o segundo e terceiro nível de atenção (ARGENTINA, 2014b).

Políticas de prevenção a doenças com mortalidade alta, como o câncer bucal (CB), são relevantes para educar à comunidade, poder realizar um diagnóstico precoce e obter estatísticas da população. O CB, definido como a neoplasia que afeta o lábio a língua e a boca é uma patologia de incidência crescente. O câncer orofaríngeo é considerado o decimo terceiro câncer mais comum no mundo.

Na América Latina e o Caribe, as taxas mais altas se observam no Brasil (risco estimado para cada ano triênio 2020-2022 10,69 casos novos a cada 100 mil homens e 3,71 para cada 100 mil mulheres). Na Argentina, a incidência é de 3,6 casos cada 100 mil habitantes e a mortalidade de 6 casos cada 100 mil habitantes. Os fatores de risco são o tabagismo e o abuso

de álcool, além do sinergismo entre ambos. O papilomavírus humano (HPV) tem recebido atenção especial com o HPV-16 como principal envolvido (BRASIL, 2019; IARC, 2018).

A importância do reconhecimento do CO radica no impacto sobre a morbimortalidade. A taxa de sobrevivência aos 5 anos para o câncer de língua, cavidade bucal e orofaringe é de 50% já que em 60-70% dos pacientes a doença é diagnosticada no estágio III ou IV.

O estudo de Senarega *et al* (2018) realizado na província de Mendoza, Argentina, recopilou dados da *Campaña de Prevención de Cancer Oral Dr. Grispan* desde 2013 até 2017, com o objetivo de determinar as características epidemiológicas e clínico-patológicas e determinar os fatores de risco da população. Observou-se um aumento crescente de consultas por ano (n= 4486), 65% foram mulheres e 35% homens com idade média de 46,7 anos (\pm 19,6 anos).

A maioria das pessoas que participaram da campanha manifestaram que nunca tinham sido submetidos a uma inspeção na cavidade bucal. Foram achadas patologias em 43,91% dos casos, 0,41% corresponderam a CO. A média de idade dos pacientes com CO foi 62,37 anos (\pm 21,10 anos). Os pacientes com lesões orais, 76,54% apresentaram patologia estomatológica benigna. Enquanto aos fatores de risco de CO, foi evidenciado que 27,7% dos pacientes com CO referiam tabagismo, em comparação com 21,37% do resto dos casos avaliados (OR: 1,41). O 22,72% dos pacientes com CO referiam consumo de álcool em comparação com 19,93% do resto dos pacientes (OR: 1,81). Em 386 casos observou-se coincidência de ambos os fatores de risco (8,06%). O 40,48% dos pacientes com CO tinham um trauma bucal associado evidente no exame físico, em comparação com 11,72% do resto dos pacientes (OR: 5,12). Do total de pessoas avaliadas na campanha, 25,92% precisaram seguimento num serviço de saúde. Neste caso a campanha permitiu que 85,51% dos pacientes tiveram seu primer exame da mucosa bucal (SENAREGA *et al.*, 2018).

As campanhas preventivas podem aumentar o conhecimento sobre o CO na população, seus fatores de risco e os sintomas iniciais. Além disso, ajudam à população na realização do exame bucal de rotina e ao melhoramento do contato com o sistema sanitário. As políticas preventivas muitas vezes utilizam, entre outros recursos, campanhas de prevenção em determinada área como estratégia permitindo um nexo entre os pacientes e o sistema de saúde. Além de colaborar no Empoderamento da população e a saúde dela.

3.4.3 O Sistema de Saúde no Brasil

O SUS é uma conquista do povo brasileiro, garantido pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) que estabelece que a “Saúde é direito de todos e dever do Estado” regulamentado pela Lei nº. 8.080/19902. O SUS é financiado com os impostos do cidadão, ou seja, com recursos próprios da União, Estados e Municípios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social (CARRER; PUCCA JUNIOR, 2018).

No período pré-constituente, o sistema público de saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, aproximadamente 30 milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares, cabendo o atendimento aos demais cidadãos às entidades filantrópicas. Para que o acesso à assistência de saúde de qualidade não ficasse restrita ao modelo privado ou a saúde complementar (Planos de Saúde) foi criado o SUS, cujo sistema está em constante processo de construção e fortalecimento (PAIM *et al.*, 2011).

O SUS passou a oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde. Considerado um dos maiores e melhores sistemas de saúde públicos do mundo, o SUS beneficia cerca de 75% dos brasileiros, sendo que 80% delas dependem exclusivamente dele para qualquer atendimento de saúde; desde procedimentos ambulatoriais simples a atendimentos de alta complexidade, como transplantes de órgãos. Mas abarca toda a população com ações de promoção e prevenção da saúde, já que o SUS também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção de vigilância sanitária, como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos (NUNES, 2000).

O SUS, em conjunto com as demais políticas, deve atuar na promoção da saúde, prevenção de ocorrência de agravos e recuperação dos doentes. A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tantas ações como serviços de saúde. Ela engloba a atenção básica, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

O Sistema Único de Saúde é regido por alguns princípios e diretrizes que são: universalidade, integralidade, equidade, regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e participação popular. O SUS atende todo o país. Por isso é formado por vários órgãos em todas as esferas (federal, estadual e municipal) que têm funções diferentes e que garantem que o Sistema funcione.

O HumanizaSUS é a PNH do Sistema Único de Saúde. O objetivo da Política é melhorar o funcionamento do SUS e colocar em prática os princípios do SUS, que devem fazer partes de todos os programas e políticas de saúde. São princípios do HumanizaSUS: acolhimento, gestão participativa, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários do SUS (BRASIL, 2004b).

A implementação do SUS também representou uma mudança do conceito sobre o qual a saúde era interpretada no país. Antes da sua criação, a saúde representava apenas um quadro de “não-doença”, fazendo com que os esforços e políticas implementadas se reduzissem ao tratamento de ocorrências de enfermidades. Com o SUS, a atenção integral à saúde, e não somente os cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida. A saúde passou a ser promovida e a prevenção dos agravos a fazer parte do planejamento das políticas públicas (CARRER *et al.*, 2019).

3.4.4 A Saúde Bucal no Brasil

Retrocedendo algumas décadas do século XX, a prática odontológica hegemônica no Brasil, tinha uma orientação para o mercado. A odontologia brasileira, tanto na formação profissional como no mundo do trabalho, privilegiou o acesso aos serviços odontológicos para uma elite econômica capaz de arcar com os custos mercadológicos envolvidos. O modelo privatista aconteceu dentro de um contexto amplo da conjuntura onde a odontologia estava inserida (MOYSÉS, 2012).

É a partir das décadas de 1950-1960, que a odontologia pública se institucionaliza, no âmbito do recém-criado MS. Nesta parte da história, no Brasil e em vários outros países, se inicia uma organização da saúde bucal denominada “Odontologia Sanitária” (MOYSÉS, 2012). Neste momento histórico, em âmbito nacional, o modelo de assistência odontológica hegemônico, que permaneceu até a Constituição de 1988, era preponderantemente de prática privada, e o seguro social proporcionava assistência dentária somente aos trabalhadores privados urbanos segurados (BASSO *et al.*, 2019).

O processo de redemocratização do país, junto com a realização da primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB1), em 1986 (BRASIL, 1986), da segunda (CNSB2), em 1993 (BRASIL, 1993), e da terceira (CNSB3), em 2004 (BRASIL, 2005), cujo tema central foi o “acesso e qualidade, superando a exclusão social”, fomentaram uma mudança de paradigma da

saúde bucal coletiva no contexto do SUS. E que atingiu, em 2004, a implantação das Diretrizes da PNSB, orientada pelos princípios do SUS: universalidade da atenção, integralidade, equidade, territorialização, controle social e descentralização (MOYSÉS, 2012; BASSO *et al.*, 2019; BRASIL, 1988). Uma das principais características dessa política é a ênfase em ações intersetoriais e interministeriais. Em relação à Conferência Nacional de Saúde Bucal é notória a falta de continuidade, após 15 anos do último relatório, e a escassa menção na literatura dessa situação. Em 2016, os autores Narvai e Manfredini indagaram sobre o significado da primeira CNSB após 30 anos com o intuito de identificar avanços e retrocessos. No mesmo ano, Santana (2016) planteia a necessidade urgente de uma quarta CNSB para discutir, corrigir e encaminhar temas como financiamento/orçamento da saúde bucal, ensino, dimensionamento, remuneração, saúde suplementar, entre outros. Porém, não está instalada na agenda de prioridades uma CNSB próxima e pouco se fala sobre isso na literatura.

Para Neves *et al.* (2019), um dos grandes desafios do sistema de saúde brasileiro é a busca de um modelo assistencial orientado para a integralidade e as necessidades ampliadas em saúde, em concordância com os princípios do SUS e que supere os problemas consequentes da hegemonia do paradigma da biomedicina. Atingir novos cenários conceituais e explorar práticas inovadoras é indispensável. Cabe a pergunta, isso será suficiente para superar o paradigma hegemônico de atenção odontológica na ABS?

Segundo Narvai e Frazão (2006) a saúde bucal coletiva não resulta apenas da prática odontológica e sim de um processo social operado pelos homens em cada situação concreta, incluídos os profissionais da saúde. Sendo assim, cada situação é única, singular, histórica, não passível de replicação ou reprodução mecânica em qualquer outra situação concreta. Nesse sentido, a saúde bucal coletiva rompe com a odontologia de mercado cujo marco teórico assenta-se nos aspectos biológicos e individuais, sem considerar em sua prática essa determinação de processos sociais complexos. Tal ruptura, implica irromper com a prática odontológica hegemônica e requer que o trabalho odontológico seja desenvolvido a partir das necessidades de todas as pessoas e que, opondo-se à lógica do mercado, quebre, portanto, com o status quo caracterizado fundamentalmente pela mercantilização dos serviços e pela manutenção do monopólio do acesso aos recursos (todos os recursos) odontológicos pelas elites (NARVAI, 2006).

No Brasil, no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, houve muitas iniciativas de organização dos serviços e mudanças na prática de saúde bucal. A PNSB em 2004, propõe a

reorganização da saúde bucal na ABS e a reorientação do modelo de atenção através da ampliação e qualificação das ações nos espaços da Saúde da Família. As políticas públicas em saúde bucal dialogadas e formuladas no princípio do século XXI, dentro de um contexto histórico favorável de construção do SUS/PNAB, surgiram ante a necessidade de ampliar as ações de saúde bucal para a população brasileira. Foram concretizadas com a implantação do Programa Brasil Sorridente (PBS) no ano 2004, articulado à ESF, sendo hoje uma das maiores políticas públicas de saúde bucal no mundo (BASSO et al., 2019).

Ao nível intersetorial interagem com a PNSB, a PNH (2003), a PNPS (2006), e o Programa Saúde na Escola (PSE) entre outros. Este último visa à integração e articulação da educação e da saúde. Foi instituído em 2007, com o objetivo de contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. O público beneficiário do PSE são os estudantes da educação básica, gestores e profissionais de educação e saúde, comunidade escolar e, de forma mais amplificada, estudantes da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica e da Educação de Jovens e Adultos (BRASIL, 2020b).

Já em vigência da atual PNSB, foram implantadas e expandidos importantes intervenções em saúde bucal, tendo como referência o princípio constitucional da universalização das ações e serviços de saúde. Essas ações foram a fluoretação das águas de abastecimento público, o atendimento odontológico da rede pública do SUS e a adição de compostos fluoretados aos dentífricos (ANTUNES; NARVAI 2010).

Em relação aos dados epidemiológicos de 2010, observa-se uma diminuição da carga de doenças bucais da população brasileira, entre eles queda do componente cariado e aumento do componente obturado no índice CPOD, crianças livres de cárie, uma população adulta com mais dentes na boca, entre outros. No entanto, essa melhora não se apresenta de maneira homogênea na população. É notório as discrepâncias relacionadas a disponibilidades do serviço e as piores condições epidemiológicas em locais com maior vulnerabilidade social, o que certamente impõe importantes desafios futuros à política e maior interdisciplinaridade com as medidas sociais e econômicas do país. O Brasil, desde 1986, desenvolve estudos epidemiológicos de base nacional com o objetivo de compreender a distribuição e a frequência das doenças bucais na população. Observa-se que o Brasil passou a fazer parte do grupo de países com baixa prevalência de cárie aos 12 anos, segundo critérios da OMS, com índice CPOD de 2,1 em 2010 (BRASIL, 2012a).

A seguir serão detalhados alguns mecanismos pelos quais as políticas públicas no Brasil afetam a saúde bucal da população, principalmente a partir do acesso aos produtos fluoretados e aos serviços de saúde bucal.

Em relação à exposição aos fluoretos, como medida de controle de cárie dentária, estes podem ser incorporados principalmente através da água fluoretada e da pasta de dente com adição do flúor. O fluoreto disponível em saliva e biofilme interatua na remineralização do esmalte sendo o principal responsável do efeito preventivo na cárie dentária. O excesso de flúor consumido por diferentes vias pode induzir riscos como a fluorose dental e fluorose óssea. Quando a água contém mais de 3-6 mg/l de fluoreto tem sido observados casos de fluorose esquelética (SOSA-ROSALES, 2003). A adição do íon flúor na água de abastecimento público é considerada necessária pelo seu efeito anti-cárie. Além disso, a difusão das diversas formas de fluoretos tem contribuído para maior ocorrência de fluorose, principalmente em localidades que mantêm níveis ótimos e constantes de fluoretos nas águas (CATANI, 2007).

O emprego disseminado do flúor tornou-se acessível, além da fluoretação das águas, já que houve um aumento no uso de fontes alternativas de flúor, especialmente a adição do flúor aos dentifrícios, que, a partir de 1988, passaram a ser uma fonte significativa de flúor. A utilização de dentifrícios pode ser considerada o meio mais racional do uso de fluoreto. Somada à escovação dentária, além de promover a desorganização do biofilme dental, há aumento da concentração de flúor na cavidade bucal. No entanto, para garantir a eficácia anti-cárie, o fluoreto deve estar presente numa formulação quimicamente compatível e em concentrações de pelo menos 1.000 ppm. Estudos realizados no Brasil desde a década de 1980 têm confirmado que nem todos os dentifrícios seriam capazes de manter, até o final de seu prazo de validade, a concentração mínima de flúor solúvel para o máximo efeito anti-cárie (CURY *et al.*, 2015). Neste sentido, qualquer alteração pode derivar numa perda dos benefícios do flúor.

No Brasil somente 25% dos dentifrícios eram fluoretados até 1988 e não havia nenhum tipo de regulamentação sobre a quantidade de flúor nesses produtos. Em 1989, passaram a ser comercializados 90% de dentifrícios fluoretados sobre o total o que representou um grande acesso ao flúor em termos de saúde pública (CURY *et al.*, 2015). A partir de 1990, praticamente 100% dos dentifrícios vendidos no Brasil passaram a conter flúor em sua composição, o que hoje contribui de forma significativa para a redução da experiência global de cárie no âmbito populacional (NARVAI, 2006).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabelece regulamentações que garantem a efetividade do flúor presente nos dentifrícios brasileiros. Estas têm sofrido várias modificações, em particular pelas resoluções do MERCOSUL que culminaram na eliminação da exigência da presença de flúor solúvel em dentifrícios. Mas também a resolução ANVISA 79, de 28 de agosto de 2000 estabelece que a concentração total de flúor não deve ser superior a 0,15% (1.500 ppm F). Isso não contempla uma concentração mínima de fluoreto solúvel de

pelo menos 1.000 ppm F. nem garante ausência de flúor insolúvel que é inativo contra cárie dentária (CURY *et al.*,2015). Na Argentina é aplicada uma regulamentação técnica que provém de acordos do MERCOSUL com as mesmas limitações (MERCOSUR, 2009), o que tem prejudicado ambos os países. Em 12 de março de 2020 o MS, mediante Nota Técnica n° 1/2020, da Coordenação Geral de Saúde Bucal do Brasil estabelece que o dentifrício não deve conter, mas que 1.500 ppm (mg/kg) de fluoreto sendo necessário que pelo menos 1.000 ppm do flúor esteja quimicamente solúvel na mostra fresca e que mantenha pelo menos 800 ppm de fluoreto solúvel pelo prazo de dois anos de fabricação do produto, mantendo seu efeito anti-cárie (BRASIL, 2020a). As autoridades responsáveis da Argentina e do MERCOSUL ainda não se manifestaram em relação a necessidade da revisão da regulamentação técnica vigente.

É importante realçar que a utilização de dentifrícios com flúor junto com a fluoretação das águas foram as medidas mais democráticas e relevantes em relação à universalidade do acesso ao fluoreto, porém são ações complementárias e não excludentes já que não toda a população é atingida pela fluoretação das águas. Outras medidas coletivas podem ser aplicadas nessas populações que ainda não têm acesso como a aplicação de enxaguatórios (bochechos) bucais e géis, e outras medidas individuais como a aplicação de bochechos de NaF 0,05%, suplementos para uso individual e infância e materiais dentários liberadores de flúor (BRASIL, 2009).

Segundo o Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil (BRASIL, 2009), todas estas medidas complementárias estão indicadas para grupos em situação de risco, definidos como aqueles: expostos à água de abastecimento sem flúor; expostos à água de abastecimento com teores de fluoretos abaixo da concentração indicada (até 0,54 ppm F); cujo CPOD médio seja maior do que 3 aos 12 anos de idade; em que menos de 30% dos indivíduos do grupo sejam livres de cárie aos 12 anos de idade; e residentes em áreas de pobreza onde se estima serem menores os níveis de exposição geral aos fluoretos.

No Brasil foram propostos projetos de lei para revogar a obrigatoriedade de colocarem flúor na água tratada nos anos 2003 e 2007, por um mesmo deputado, (BRASIL, 2007a) e em 2013 (BRASIL, 2013). Todos foram rejeitados. O uso dessa tecnologia se iniciou há mais de meio século no país mediante a Lei n° 6.050 de 1974 (BRASIL, 1974). Desde então, tem sido observada notável expansão da medida em todo o país, embora essa implementação seja marcada por importantes desigualdades regionais. A fluoretação das águas de abastecimento público no Brasil é uma das medidas de cobertura populacional que contribuíram para a redução da doença cárie dentária. A epidemiologia dessa doença se alterou profundamente nas últimas cinco décadas, notadamente nas regiões mais beneficiadas, e há reconhecimento de que, pelo

menos em parte, essa alteração é devida ao papel desempenhado pela fluoretação da água (ZILBOVICIUS *et al.*, 2018).

O valor máximo permissível (VMP) de fluoreto em águas de consumo humano foi mudando ao longo do tempo até atingir o valor de 1,5 mg F/L pela portaria n° 1.469/2000 e mantido na portaria n° 518/2004. A PNSB tem como vetores de sua implementação a fluoretação das águas de abastecimento público, no campo da promoção da saúde e as ações de vigilância em saúde (BRASIL, 2004b).

Estudos brasileiros revelam que a melhor situação constatada em cidades mais desenvolvidas faz com que apresentem uma maior cobertura da rede de abastecimento de água, e mais inclinadas a adicionar flúor. A supressão das desigualdades na distribuição da cárie dentária requer uma expansão do acesso à água de qualidade, e isto prevê que ela seja fluoretada (ANTUNES e NARVAI, 2010; PERES *et al.*, 2006; ANTUNES *et al.*, 2004). Outro estudo brasileiro adiciona a informação de que o efeito da desigualdade de renda foi explicado, principalmente, pelas políticas públicas, que tiveram um efeito independente que foi maior entre os mais ricos (CELESTE; NADANOVSKY, 2010).

Dados de saneamento para 2008 indicavam que 74% dos municípios com mais de 50 mil habitantes recebiam água fluoretada e que diminuiu para 70,2% em 2015, mas com aumento na vigilância de 39,4% para 48,5% respectivamente (RONCALLI *et al.*, 2019). Segundo esses autores foram confirmadas ainda as diferenças inter-regionais relacionadas à implantação efetiva dos sistemas de vigilância da fluoretação da água. Sendo que a região Sul recebe 98% de água fluoretada e 74% recebe heterocontrole, a região Norte recebe 11,1% de água fluoretada e 7,9% recebe heterocontrole. Sendo assim, ao comparar a região Norte com a região Sul fica evidenciada a persistência da desigualdade proporcionada pela perspectiva territorial.

Diante do exposto, se pode acreditar que a implementação da fluoretação das águas e a adição de flúor na pasta de dentes, em países marcados por uma grande iniquidade, pode representar uma importante política de acesso às populações menos favorecidas (GABARDO *et al.*, 2008).

Do ponto de vista assistencial, o impacto dos serviços de saúde na prevenção de doenças ainda é considerado questionável. As desigualdades sociais em saúde podem se manifestar em relação ao estado de saúde, ao acesso e uso de serviços de saúde para ações preventivas e assistenciais (BARATA, 2009). Novas tecnologias em saúde, quando adotadas em um contexto de desigualdade social, beneficiam inicialmente e de modo mais intenso os estratos sociais mais bem situados.

Programas e iniciativas em saúde introduzidas sem a necessária atenção para o problema social, podem, muitas vezes, piorar a posição relativa dos grupos de população mais submetidos à privação. Os serviços e intervenções em saúde programados de forma socialmente apropriada, merecem cuidado para que as propostas não prejudiquem inadvertidamente a saúde coletiva ou reforcem as iniquidades sociais (BOING *et al.*, 2013).

Para o caso do Brasil, como exemplo, observa-se, no período entre 2004 e 2010, um grande crescimento na oferta de serviços de saúde na atenção básica, com quase o dobro de equipes de saúde bucal. Isso implicaria, por consequência, uma maior redução de dentes cariados e crescimento do componente restaurado, com maior impacto da reabilitação quando necessária. Entretanto, a implantação da ESF e dos CEOs e seu impacto na saúde bucal da população brasileira, ainda é motivo de dissenso (CANGUSSU *et al.*, 2016).

A implantação do atendimento público odontológico tem limitações em relação à amplitude imediata e efetivamente universal. Por isso, estabelecer alvos prioritários para o direcionamento preferencial de recursos, como o tratamento de crianças e gestantes, e a atenção especializada em prótese dentária, endodontia e radiologia odontológica é uma estratégia nos primeiros momentos. Além disso, a prioridade do atendimento de urgência é princípio consagrado tanto dos serviços públicos como privados. O serviço público odontológico também pode atribuir prioridade para a promoção da saúde, por meio da expansão da atenção primária, educação em saúde, ações preventivas e levantamentos epidemiológicos. No caso do Brasil, a expansão do serviço público odontológico seguiu a estratégia de focalizar esforços e recursos para esses alvos programáticos (ANTUNES; NARVAI, 2010).

A incorporação da saúde bucal pelo setor público teve uma magnitude do investimento e uma proposta de inversão do modelo de atenção. Outros elementos devem ser analisados de forma local, como contexto político, organização e padrão da oferta dos serviços, processos de capacitação e envolvimento da equipe na prestação do cuidado, de forma a melhor compreender os seus papéis na organização à atenção à saúde bucal da população brasileira. Por outro lado, as medidas populacionais têm, em muito, contribuído para a redução dos indicadores globais de cárie dentária no Brasil, mas de alguma forma, elas não superaram completamente as iniquidades em saúde, visto que não são acessíveis a grupos de maior vulnerabilidade (CANGUSSU *et al.*, 2016).

Estratégias direcionadas a grupos com maior vulnerabilidade às doenças bucais, pautadas em planejamento local pelas equipes de saúde envolvidas, devem ser adotadas a fim de viabilizar a qualidade dessa cobertura ampliada dos serviços de saúde e a consequente melhoria do quadro de saúde bucal da população.

3.5 A Agenda Internacional e Regional como parâmetro

Abordaremos a história da OMS e a inclusão da saúde bucal dentro da agenda das agências internacionais e seus interesses.

A OMS é uma agência especializada das Nações Unidas que tem como foco lidar com questões relativas à saúde global. No âmbito da criação da Organização das Nações Unidas (ONU), já havia a preocupação e intenção de criar uma organização mundial dedicada exclusivamente à saúde. Dessa forma, os estatutos da OMS foram aprovados em 22 de julho de 1946, durante Conferência Internacional da Saúde, convocada pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, reunido em Nova York. Porém, a Organização foi realmente fundada em 7 de abril de 1948, quando 26 membros das Nações Unidas ratificaram os seus estatutos (OMS, 2020b). Tem como propósito primordial garantir o nível mais elevado de saúde para todos os seres humanos.

A OMS, como forma de estabelecer o acesso universal à saúde, promove uma série de atividades, por meio da cooperação técnica em conjunto com seus membros, orientadas para melhorias no saneamento; na saúde familiar; na capacitação de trabalhadores na área de saúde; no fortalecimento dos serviços médicos; na formulação de políticas de medicamentos e pesquisa biomédica; e principalmente, na luta contra as doenças.

A OMS também é responsável por liderar questões de saúde globais, por definir a agenda de pesquisa em saúde, por estabelecer normas e padrões, por articular opções políticas baseadas em evidências, por fornecer apoio técnico aos países e por monitorar e avaliar as tendências de saúde (OMS, 2020b).

Possui seis escritórios regionais, onde são agrupados os Estados-Membros, e uma sede localizada em Genebra, Suíça. Cada região possui um escritório regional: as Américas, África, sudeste da Ásia, Europa, Mediterrâneo Oriental e o Pacífico Ocidental (OMS, 2020b).

A Organização é comandada pelo Diretor-Geral, que é apontado pela Assembleia Mundial da Saúde (OMS, 2020b). Os Estados Membros da Constituição da OMS declaram, em conformidade com a Carta das Nações Unidas, uma lista de princípios que são basilares para a felicidade dos povos, para as suas relações harmoniosas e para a sua segurança. Dessa forma, a OMS, direcionada por esta constituição, tem como principais funções atuar como autoridade e liderar trabalhos internacionais no domínio da saúde; envolver-se em parcerias na qual a ação conjunta é importante; moldar a agenda de pesquisa; estimular a geração, tradução e divulgação de conhecimentos valiosos.

A OMS tem como objetivos, também, estabelecer normas, promovendo e acompanhando a implementação destas; articular opções políticas éticas e científicas de base; prestar apoio técnico, catalisando mudanças e promovendo capacitação institucional sustentável; e, por fim, acompanhar a situação de saúde e avaliar as suas tendências (OMS, 2020b).

Além disso, a OMS tem como metas promover, em cooperação com outros organismos especializados e, quando necessário, o melhoramento da alimentação, da habitação, do saneamento, do recreio, das condições econômicas e de trabalho e de outros fatores de higiene do meio ambiente; promover a cooperação entre os grupos científicos e profissionais que contribuem para o progresso da saúde; promover a melhoria das normas de ensino e de formação prática do pessoal sanitário, médico e de profissões afins; e ajudar a formar entre todos os povos uma opinião pública esclarecida sobre assuntos de saúde (BIBLIOTECA VIRTUAL DE DIREITOS HUMANOS USP, 2020).

Durante a 66ª Assembleia Mundial da Saúde, o Brasil entrou para o Conselho Executivo da OMS, como referente de sistemas universais de saúde, tendo em vista a sua influência no âmbito global, seu modelo e experiências de sistema único de saúde e seus avanços tecnológicos (OPAS/OMS, 2013). Na região de América latina o universalismo em saúde teve um debate, a partir da proposta da OMS da CUS, promovida pela Organização Panamericana da Saúde (OPS). Porém, com diferentes horizontes no interior de cada país em relação aos modos pelos quais a universalidade da saúde é promovida (CHIARA *et al.*, 2017). A OMS contempla três dimensões para analisá-la: disponibilidade de uma rede de serviços, cobertura populacional e financiamento ou gastos em saúde (compreendido como a proteção econômica da população para não ter risco de empobrecimento frente ao tratamento de uma doença) (MATHUR *et al.*, 2005). No entanto, a universalidade parece estar mais orientada no objetivo da cobertura da população de risco ou vulnerável do que garantir os direitos sociais (CHIARA *et al.*, 2017)

Segundo a ONU, o Brasil é hoje referência internacional na área de saúde pública e exemplo para outros países que buscam sistemas mais igualitários de saúde. Com a criação do SUS, o Brasil foi um dos primeiros e poucos países fora da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) a prever na legislação o acesso universal aos serviços de saúde, reconhecendo a saúde como direito do cidadão e dever do Estado (ONUBR, 2013).

Os cuidados em saúde bucal dos países em questão estão integrados à visão de organismos internacionais da agenda de Saúde para Todos, estabelecida em 1977 e consagrada em 1978, na Declaração Internacional de Cuidados Primários em saúde em Alma-Ata. (MOYSÉS, 2012).

A agenda é dinâmica sendo que após do ano 2000 foram estabelecidos desafios, para o ano 2015, mediante os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Ainda os ODM relacionados à saúde não atingiram algumas das metas mundiais, os resultados foram importantes no descenso da mortalidade materna e infantil, na luta contra o HIV/AIDS, a tuberculose e o malária, entre outros, nos países em desenvolvimento. A Agenda 2030 contém 17 Objetivos, que são os ODS, e 169 metas de desenvolvimento específicas. Os Objetivos e Metas do Desenvolvimento Sustentável para 2030 são mais amplos. Incluem a todas as pessoas de todos os países, além de um novo eixo que gira em torno as enfermidades não transmissíveis. Na nova agenda é exigido que as três dimensões do desenvolvimento sustentável (econômica, social e ambiental) sejam abordadas de maneira integral. (OMS, 2015).

A Agenda de Saúde Sustentável das Américas 2018-2030 (ASSA2030), convoca aos países, com base na história do continente e a solidariedade panamericana, entendida como a promoção de interesses e responsabilidades comuns, bem como a facilitação de esforços coletivos para alcançar metas comuns. A solidariedade também é considerada essencial para assegurar a segurança em saúde durante crises, emergências e desastres na Região. Além disso, contempla os princípios e valores de equidade na saúde, universalidade, inclusão social e o direito de gozar do grau máximo de saúde que é possível de atingir (OPS/OMS, 2017b).

Dos 17 ODS, o Objetivo 3, ‘Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades’, e suas 13 metas são diretamente relevantes para a ASSA2030. Porém, é importante destacar a existência de metas adicionais relacionadas com a saúde em outros ODS, clara expressão da intenção da ASSA2030 de fomentar um enfoque intersetorial do desenvolvimento e trabalhar para obter melhorias sociais, econômicas e ambientais holísticas (OPS/OMS, 2017b).

A economia mundial nos últimos dez anos se caracterizou por uma desaceleração com leves recuperações. Esta desaceleração começou em setembro de 2008, com seu epicentro nas economias de alguns países que estavam experimentando maior crescimento. A Região das Américas não ficou alheia a esta tendência e apresentou uma desaceleração mais pronunciada que a média mundial. Na América do Sul, depois de dois anos de queda no Produto Interno Bruto (PIB) (1,9% em 2015 e 2,6% em 2016) no ano 2017 se prognosticava uma recuperação lenta de 0,6% em 2017 e 2,6% em 2018. Alguns países mostraram um melhor desempenho devido a maiores investimentos; em outros segue pesando o aumento do desemprego, o baixo crescimento na produtividade, a escassa diversificação econômica e a fraca capacidade institucional (OPS/OMS, 2017b).

Os países de renda média tendem a ser considerados, pelas comunidades internacionais, como um todo homogêneo, com igual nível de desenvolvimento em toda a extensão do território, esquecendo as profundas assimetrias e desigualdades territoriais que caracterizam aos países da região, que reproduzem centros e periferias em suas próprias estruturas produtivas internas. Segundo o compromisso dos países com os ODS, é preciso estabelecer prioridades nacionais e metas de desenvolvimento para os próximos anos, em vista das atuais desigualdades em saúde tanto entre os países das Américas e dentro deles. É essencial que essas prioridades e metas reflitam as necessidades das populações mais vulneráveis e sejam baseadas na evidência atual. Para gerar evidências que reflitam as atuais desigualdades na saúde entre países e dentro de cada país é importante que os países incluam os dados compilados ao nível subnacional em sua análise das desigualdades na saúde (OPS/OMS, 2017b). No entanto, ainda há poucos estudos sobre a melhor forma de mensuração de políticas sociais, da forma ampla, já que na maioria das vezes avaliam-se políticas específicas (CELESTE; NADANOVSKY, 2010b).

A agenda internacional da saúde bucal tem como representantes a OMS e a FDI que estabeleceram conjuntamente os primeiros Objetivos Globais para a saúde bucal em 1981, os que deveriam ter sido alcançados no ano 2000. O exame desses objetivos concordou que foram úteis e que em muitas populações teriam atingido, mas uma grande parte da população mundial ainda continuava com uma aspiração remota. Logo da análise dos Objetivos Globais pela FDI e a OMS, começou a formulação dos novos objetivos para o ano 2020 (LUCAS, 2004).

As Metas em Saúde Bucal para 2020 foram definidas pela OMS junto com a FDI e a IADR, no ano 2003¹. Os objetivos de saúde bucal de diferentes países foram examinados para determinar o melhor formato para as novas metas mundiais. O formato escolhido permite a inclusão das metas e dos objetivos globais, mas também estimula a fixação de objetivos

¹ As MSB respondem aos Objetivos Globais que são os seguintes; 1) Reduzir a mortalidade por enfermidades bucais e craniofaciais; 2) Reduzir a morbidade de das enfermidades bucais e craniofaciais aumentando deste modo a qualidade de vida; 3) Fomentar nos sistemas de saúde bucal as políticas e programas sustentáveis, de acordo às prioridades, as que deverão provir de revisões sistemáticas das melhores práticas (i.e. as políticas devem estar baseadas em evidência científica); 4) Desenvolver sistemas de saúde bucal acessíveis e custo-eficazes para a prevenção e o controle das enfermidades bucais e craniofaciais usando o método do fator de risco comum; 5) Integrar a promoção e a atenção da saúde bucal com outros setores que influem na saúde; 6) Desenvolver programas de saúde bucal para melhorar a saúde geral; 7) Reforçar os sistemas e os métodos de vigilância da saúde bucal, tanto no que se refere ao processo como ao resultado destes; 8) Promover a responsabilidade social uma prática profissional ética entre os encargados da entrega de atenção; 9) Reduzir as iniquidades de saúde bucal entre os diferentes grupos socioeconômicos de cada país e as desigualdades na saúde bucal de todos os países; 10) Aumentar o número de provedores de atenção sanitária capacitados na vigilância epidemiológica exata das doenças e agravos bucais.

nacionais e locais. As MSB2020 podem ser um parâmetro tanto para a formulação das políticas em saúde bucal dos países como para avaliar programas e serviços de saúde bucal (HOBDELL *et al.*, 2003).

Apesar da existência de metas internacionais de saúde bucal para os anos 2000, 2010 e 2020, pouco se discute, na literatura internacional sobre parâmetros programação das ações de atenção à saúde bucal. O aumento do acesso a serviços de saúde bucal e da população coberta por sistema de informação são objetivos a serem pactuados em cada realidade regional, nacional e local (HOBDELL *et al.*, 2003), o que é bastante razoável, tendo em vista as diferenças mundiais em termos de organização de sistemas de saúde.

As metas propostas pela OMS para o ano 2020 incluíram alguns parâmetros a serem propostos por cada país. A primeira meta é promover a saúde bucal e minimizar o impacto das enfermidades da origem bucal e craniofacial sobre a saúde geral e sobre o desenvolvimento psicossocial, com ênfase nas populações mais afetadas por essas condições. A segunda meta é minimizar o impacto das manifestações bucais e craniofaciais das enfermidades gerais sobre os indivíduos e a sociedade e usar essas manifestações para o diagnóstico precoce, a prevenção e o tratamento eficaz das enfermidades sistêmicas.

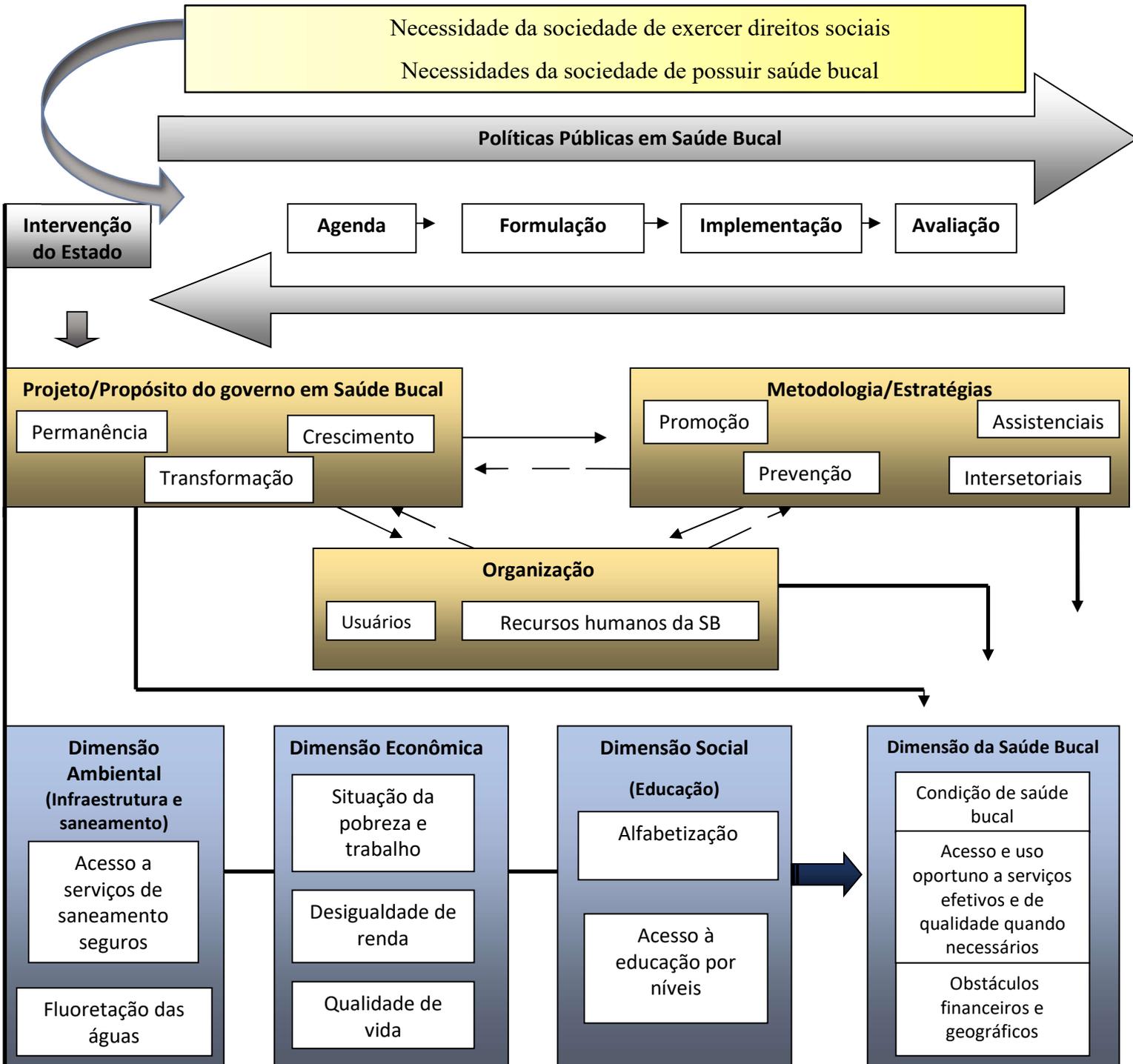
Tendo em consideração que não todos os países podem atingir as metas globais com as mesmas políticas, no mesmo período do tempo e que cada país tem uma estrutura própria que pretende alcançar uma saúde bucal para sua população; as metas globais em saúde bucal podem expor algumas lacunas que os países ainda têm.

Retomando a relação entre as agendas mundial e regional em saúde para 2030 (ODS e ASSA2030) e a saúde bucal é importante salientar que na última década houve um reconhecimento crescente da importância global das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e a necessidade de uma resposta política integrada dentro dos programas nacionais de saúde. Porém, as doenças bucais não foram incluídas na agenda de políticas para DCNT ao nível nacional (principalmente nos países de baixa renda) ou globais. Em 2013, na Assembleia da Saúde das Nações Unidas, as doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes foram reconhecidas como as principais DCNT, mas também identificado que as doenças orais, renais e oculares compartilham os mesmos fatores de risco e determinantes (ONU, 2012

3.6 Modelo da Análise de Políticas Públicas em Saúde Bucal

O modelo apresentado na Figura 6 explica, a partir dos elementos teóricos apresentados no texto, de maneira gráfica, a formulação e o marco para realizar a análise. Com base em que a saúde bucal é uma parte integrante da saúde geral e do direito à saúde, além de compor o bem-estar físico e mental que formam parte da qualidade de vida das pessoas; melhorar a saúde bucal da sociedade é responsabilidade do Estado quem intervém por meio da formulação de políticas públicas. O processo começa com a formação da agenda e continua com a formulação, implementação e avaliação. Sendo que os propósitos do governo são de permanência, crescimento ou transformação, as estratégias para atingir a saúde bucal (promoção, prevenção, assistenciais e intersetoriais) e as reproduções nos usuários e profissionais da saúde (organizações) estão em estrita relação com eles. Além de que o Estado atua numa cadeia de delegações infinitas, outras políticas públicas de ordem social dominam a saúde bucal em sentido estrutural. Por tanto, as dimensões ambiental, econômica e social também concorrem na construção da saúde bucal o que é representado pela dimensão da saúde bucal.

Figura 6-Modelo da Análise de Políticas em Saúde Bucal



Fonte: Elaboração da Autora

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Estudo de caso que tem por objeto as políticas públicas dos governos destinadas a melhorar a saúde bucal da população do Brasil e da Argentina. Foi realizada de maneira conjunta uma análise comparativa entre os países, a partir de uma análise documental qualitativa das políticas públicas em saúde bucal e uma análise quantitativa de indicadores de saúde bucal. O estudo propôs responder como os países em questão constroem princípios e práticas para a saúde bucal da população e porque atingem (ou não) mudanças dela. Os estudos de caso são úteis para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança e podem ser utilizados para compreender o impacto de determinadas políticas numa realidade concreta (MINAYO, 2010).

São utilizados de forma extensiva em pesquisa das ciências sociais e das áreas voltadas à prática, como planejamento urbano, administração pública, política pública, ciência da administração, trabalho social e educação. O método também é o modelo frequente para a pesquisa de teses e dissertações em todas essas disciplinas e áreas. Um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. A pesquisa de estudo de caso pode incluir tanto estudo de caso único, quanto de casos múltiplos. Este tipo de estudo baseia-se em várias fontes de evidências na busca da convergência em um formato de triângulo (YIN, 2001).

Em nosso caso, essa triangulação metodológica foi realizada com a análise dos documentos e dos indicadores mediante as técnicas que se correspondem para cada tipo de fonte. Dentro dos componentes do estudo de caso verificam-se: as questões do estudo, suas proposições, sua unidade (s) de análise, a lógica que une os dados às proposições e os critérios para interpretar as descobertas. Cada proposição foca o que deve ser examinado no estudo e a unidade de análise define o que é um caso (evento, entidade, indivíduo, um programa, uma política ou uma mudança na gestão podem ser alguns exemplos). É importante considerar toda teoria existente sobre o caso, não só para definir o objeto de estudo, como também para encaminhar a generalização dos resultados do estudo de caso (YIN, 2001).

Existem também as estruturas comparativas que repetem o mesmo estudo de caso duas ou mais vezes e que comparam as descrições ou alternativas do mesmo caso. Ao mesmo tempo,

o caso pode ser repetido a partir de pontos de vista diferentes, mas a característica principal é que todo estudo de caso (ou os resultados de uma análise cruzada) é repetido duas ou mais vezes de maneira claramente comparativa (YIN, 2001).

Análise documental

A análise documental é uma técnica para o tratamento dos dados, que objetiva a transformação das informações, visando torná-las mais compreensíveis para correlacioná-las com os demais dados oriundos de outras fontes. Consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica. A utilização de uma fonte paralela e simultânea de informação para complementar os dados e permitir a contextualização das informações contidas nos documentos, aumenta a qualidade da pesquisa qualitativa. A análise documental deve extrair um reflexo objetivo da fonte original, permitir a localização, identificação, organização e avaliação das informações contidas no documento, além da contextualização dos fatos em determinados momentos (SOUZA et al., 2011).

A pesquisa documental consiste em um intenso e amplo exame de diversos materiais que não foram utilizados para nenhum trabalho de análise, ou que podem ser reexaminados, buscando-se outras interpretações ou informações complementares, chamados de documentos. O documento a ser utilizado na pesquisa dependerá do objeto de estudo, do problema a que se busca uma resposta. Sendo assim, é tarefa do pesquisador encontrar, selecionar e analisar os documentos que servirão de base aos seus estudos (KRIPKA, 2015).

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (2018, p. 2) destaca o termo documento como:

Qualquer suporte que contenha informação registrada, formando uma unidade, que possa servir para consulta, estudo ou prova. Inclui impressos, manuscritos, registros audiovisuais e sonoros, imagens, sem modificações, independentemente do período decorrido desde a primeira publicação.

Nos estudos de pesquisa qualitativa, para vários autores, são considerados documentos quaisquer materiais escritos que possam ser usados como fonte de informação: leis e regulamentos, normas, pareceres, cartas, memorandos, diários pessoais, autobiografias, jornais, revistas, discursos, roteiros de programas de rádio e televisão até livros, estatísticas e arquivos escolares.

Na escolha dos documentos, o pesquisador não pode manter o foco apenas no conteúdo, mas deve considerar o contexto, a utilização e a função dos documentos, uma vez que são meios

para compreender e decifrar um caso específico de uma história de vida ou de um processo (FLICK, 2009). Nesta pesquisa, a análise dos indicadores quantitativos ao longo do tempo objetiva contribuir na compreensão da saúde bucal dos países, as políticas sociais, a evolução da infraestrutura a pobreza e educação como parte do contexto histórico.

Esta análise através de uma combinação de método qualitativo e quantitativo pretende assegurar a compreensão mais profunda do fenômeno estudado. Segundo Denzin (1970 *apud* FLICK, 2009) a combinação de diferentes metodologias para analisar um mesmo fenômeno, consolida a construção de teorias sociais. De acordo com Triviños, (1987) utilizando-se de técnicas quantitativas e/ou qualitativas busca-se, colocar em destaque as informações fornecidas pela análise, seja o conteúdo manifesto nos documentos, seja desvendando o conteúdo latente que os dados possuem. Segundo o autor o conteúdo manifesto nos documentos pode orientar para conclusões apoiadas em dados quantitativos.

A escolha dos documentos consiste em delimitar o universo que será investigado. Além disso, para realizar a seleção de documentos Scott (1990 *apud* FLICK, 2009) sugere quatro critérios: autenticidade (é genuíno e de origem inquestionável? É primário ou secundário?); credibilidade ou exatidão (não contém erros e distorções?); representatividade (é típico do seu tipo? Se não for, qual a extensão dessa não tipicidade?); por último, significação (é claro e compreensível?).

Algumas vantagens do método de análise documental consistem no baixo custo e na estabilidade das informações por serem “fontes fixas” de dados e pelo fato de ser uma técnica que não altera o ambiente ou os sujeitos. Quanto às limitações, destacam-se a falta da vivência do fenômeno para melhor representá-lo, a falta de objetividade e a validade questionável que consiste em uma crítica da corrente positivista (OLIVEIRA, 2007).

A análise documental também pode ser conceituada como um conjunto de operações intelectuais, visando à descrição e representação dos documentos de uma forma unificada e sistemática para facilitar sua recuperação. Isto é, o tratamento documental tem por objetivo descrever e representar o conteúdo dos documentos de uma forma distinta do original, visando garantir a recuperação da informação nele contida e possibilitar seu intercâmbio, difusão e uso (IGLESIAS; GÓMEZ, 2004).

Assim, tal técnica é considerada como o tratamento do conteúdo de forma a apresentá-lo de maneira diferente do original, facilitando sua consulta e referenciarão; quer dizer, tem por objetivo dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação (BARDIN, 1997).

Cenários do estudo

A é um país com baixa densidade de população e grande concentração na Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) (38,9%), maioritariamente urbana (92%). Localizada no extremo sul do continente americano, é o país hispano falante mais extenso do planeta e o segundo na América Latina. Possui uma superfície de 3.761.274 km² sendo o quarto país mais populoso de América Latina, depois da Colômbia, México e Brasil. A população estimada é de 45.376.763, sendo que a composição atual da população argentina está influenciada pela grande imigração europeia, junto com os povos originários (2,24%) e afrodescendentes (3,3%). O PIB total do país em 2019 foi de 449.664 milhões de dólares (INDEC, 2020; ARGENTINA, 2020a).

O Brasil é o maior país de América do Sul, com uma extensão territorial de 8.510.354,538 km². Possui baixa densidade demográfica e uma população estimada de 212.392.713 (IBGE, 2020a). A distribuição populacional é bastante desigual, com maior concentração da população nas zonas litorâneas, principalmente do Sudeste e da Zona da Mata nordestina. Outro núcleo importante é a Região Sul. Possui uma população indígena de 0,42% e, segundo a PNAD 2019, uma população parda (46,8%) e preta (9,4%) que no total representam 56,2% da população do país. O PIB total do país em 2019 foi de 1.847.796 milhões de dólares (IBGE, 2010; IBGE, 2020b).

4.2 Período de estudo

Para garantir a existência do material documental foi realizada uma pesquisa prévia do tipo exploratório das políticas públicas em saúde bucal na Argentina e no Brasil. Foi confeccionada uma linha do tempo de políticas públicas em saúde bucal na Argentina e no Brasil. Em ambos os países, as principais políticas em saúde bucal implementadas, tiveram modificações ou foram acrescentando-se ao longo do tempo num processo de construção permanente. Sendo assim, o estudo qualitativo das políticas em saúde bucal e quantitativo, através dos indicadores de saúde bucal e saúde geral junto com os indicadores social, ambiental e econômico foi analisado entre o ano 2000 e 2020. O período de estudo escolhido se justifica por ser um momento de formulação e implantação das principais políticas em saúde bucal em ambos os países, dentro da APS como estratégia e por possuir metas em saúde bucal elaboradas pela OMS junto com a FDI tanto para 2010 como para 2020. Isto permite abranger um período considerável para a comparação entre países e a observação do fenômeno de maneira robusta.

4.3 Fonte de dados

Os principais *sites* oficiais para o estudo das políticas (fonte de dados primários) foram: Ministério da Saúde do Brasil, Ministério de Educação do Brasil, Diário Oficial da União, Ministério da Saúde da Argentina, Ministério do Interior da Argentina, Ministério de Educação da Argentina e Legisalud. A partir desses sites foram acessados documentos oficiais, leis, portarias e informes.

Como fonte de dados secundários (principalmente para a análise quantitativa), utilizamos os bancos de dados disponíveis: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Brasil); MSAL, SIISA, DEIS, DATASETS (sistemas de informação e estatística em saúde da Argentina), Instituto de Estadística y Censo da Argentina (INDEC), o Banco Mundial, o Observatório de Dados em Saúde da OMS a Comissão Econômica para América latina e o Caribe (CEPAL) e a plataforma oficial dos ODS da Argentina e no Brasil, junto com outros *sites* oficiais durante a coleta de dados. Para o caso da Argentina, devido à fragmentação de dados por esferas do governo e à ausência de alguns dados nas plataformas oficiais, foram solicitados os dados necessários que não foram achados nos *sites* de maneira direta para este estudo, através do link “Trámite a Distancia” do governo nacional exercendo o direito de acesso à informação pública.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre julho e dezembro de 2020, com uma média de 90 dias para cada país.

Os documentos para a análise qualitativa foram selecionados segundo a relevância em cada país das políticas em saúde bucal implementadas e as suas modificações. O eixo principal para o caso da Argentina foi o PMO (subsetor seguridade social) junto com o PS (subsetor público) e, para o caso do Brasil, a PNSB junto com a PNAB.

Os dados quantitativos, foram classificados em 4 tópicos: sociodemográfico, econômico, ambiental e de saúde bucal. Esse último foi analisado sob dois enfoques: 1) saúde geral e qualidade de vida da população; 2) saúde bucal da população, cobertura, capacidade resolutiva na APS/CEOs e acesso à saúde bucal e programa intersetorial. O primeiro enfoque está relacionado ao ODS 3 que corresponde à saúde e, indiretamente, às MSB2020. O segundo enfoque está relacionado à cobertura, oferta de serviços, acesso e uso oportuno a serviços

efetivos e de qualidade quando necessários e estado da saúde bucal. Ambos pretendem complementar informações sobre o alcance das MSB2020.

- a) Dados sociodemográfico
 - 1) População por país;
 - 2) População indígena, afrodescendente/parda e negra por país;
 - 3) Taxa de alfabetização;
 - 4) Acesso à educação na primeira infância;
 - 5) Investimento em educação como % do PIB.

Estes indicadores foram escolhidos sob parâmetro dos ODS e seus respectivos indicadores para o objetivo “Educação e Qualidade” (ODS 4). Para assegurar a educação inclusiva, equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos e todas, a agenda internacional propõe como objetivo garantir até 2030, que todas as meninas e todos os meninos tenham acesso a um desenvolvimento de qualidade na primeira infância, eliminar as disparidades de gênero e garantir igualdade de acesso para todos à educação incluindo as pessoas com deficiência, povos indígenas e grupos vulneráveis. Os dados demográficos são imprescindíveis para completar a análise. A população indígena está ligada com os programas específicos das políticas em saúde bucal para esse grupo. Para a Argentina será considerada a população afrodescendente. O INDEC, trabalha para visualizar a comunidade afro nas estatísticas e para incluir a variável “afrodescendência” no questionário geral do Censo Nacional da População, famílias e casas de 2020. A comunidade estima que quase 1.500.000 de argentinos e imigrantes no país são da origem afro. Porém, existem dados do Censo 2010 sobre população autodeclarada afrodescendente (ARGENTINA, 2020a). Para o Brasil será considerada a somatória da população preta e parda. O IBGE tipifica a sociedade em cinco categorias: branca, preta, amarela, parda e indígena. A somatória da população preta e parda é o que hoje configura para o IBGE a população negra do país (IBGE, 2020b).

- b) Dados econômicos e gasto em saúde
 - 6) Índice de pobreza e índice de pobreza extrema
 - 7) Taxa de emprego;
 - 8) Taxa de desemprego;
 - 9) Desigualdade de renda (índice de GINI);
 - 10) Qualidade de vida (índice de desenvolvimento humano);

- 11) Investimento público em saúde como % do PIB por país;
- 12) Gasto em transporte como porcentagem mensal da renda por família;
- 13) Gasto público *per capita* em saúde;
- 14) Gasto como desembolso direto % do gasto total em saúde;
- 15) Gasto privado como % do gasto total em saúde (planos de saúde privados).

Os indicadores 6, 7, 8, 9, 10 foram escolhidos sob parâmetro dos ODS 1 e 2 (erradicar a pobreza e fome zero, respetivamente). Para acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares, a agenda internacional propõe até 2030, reduzir pelo menos à metade a proporção de homens, mulheres e crianças, de todas as idades, que vivem na pobreza, em todas as suas dimensões. Para acabar com a fome propõe até 2030 garantir o acesso a todas as pessoas a alimentos seguros, nutritivos e suficientes durante todo o ano. Para garantir igualdade no critério do cálculo dos indicadores, a fonte de dados será a divisão estatística da CEPAL que é mais adequada para fornecer dados sobre a região do que outras fontes internacionais.

Os indicadores 11, 12, 13, 14, 15 almejam informar sobre os obstáculos financeiros do acesso à saúde. As relações do gasto público com a saúde são tão importantes que a OMS inclui dentro do Global Health Observatory (GHO) indicadores de saúde junto com os indicadores de oferta de serviços e financiamento (COELHO, 2016). O indicador 12 pretende comparar a porcentagem do gasto mensal das famílias em transporte nos países sendo que para o atendimento em saúde, a distância geográfica e o custo de transporte são um obstáculo para o acesso.

O investimento total em saúde como % do PIB (indicador 11) é um bom indicador da prioridade dada por um país à saúde da sua população. Em 2012, países ricos gastaram em porcentagem do seu Produto Interno Bruto mais do que os pobres segundo a OMS (COELHO, 2016). Junto com outros indicadores como o gasto *per capita* em saúde (indicador 13), desembolso direto das famílias em saúde (indicador 14) e o gasto privado em saúde (indicador 15), podem ajudar à compreensão da evolução do financiamento da saúde nos países e como esse desenvolvimento obstrui ou facilita o acesso à saúde da população.

c) Dados ambientais

- 16) Proporção da população com acesso a serviços de saneamento básico operados de forma segura;
- 17) Proporção da população com acesso a água potável operado de forma segura;
- 18) Cobertura por províncias/municípios de água fluoretada e vigilância em SB.

Estes indicadores foram escolhidos em relação ao ODS 6. Alcançar o acesso universal e equitativo à água potável e segura para todos e o acesso ao saneamento e higiene adequados e equitativos para todos até 2030. O indicador 18 faz parte da análise da infraestrutura e da vigilância em saúde bucal que monitora esta ação. Neste sentido, o estudo pretende analisar a situação da universalidade da política de fluoretação das águas como parte fundamental das políticas de saúde bucal. Sendo assim, será analisada a cobertura de água fluoretada, com e sem monitoramento e/ou heterocontrole, das províncias Argentinas e municípios do Brasil.

d) Dados sobre Saúde Bucal - Primeiro enfoque: saúde geral e qualidade de vida

- 19) Razão de mortalidade materna;
- 20) Razão de mortalidade infantil;
- 21) Taxa de mortalidade neonatal;
- 22) Baixo peso ao nascer;
- 23) Desnutrição crônica em menores de 5 anos;
- 24) Risco de morte por DCNT (pessoas de 30 anos antes de fazer 70 anos)
- 25) Prevalência de HIV % população entre 15 e 49 anos;
- 26) Prevalência de consumo de tabaco;
- 27) . Prevalência de consumo de álcool.

Os indicadores 19, 20 e 21 respondem ao ODS 3 de saúde. Até 2030 reduzir a taxa de mortalidade materna a menos de 70 cada 100.000 habitantes e reduzir a taxa de mortalidade neonatal a 12 cada 1.000 nascidos vivos. Estas últimas junto com a razão de mortalidade infantil contribuem na avaliação dos níveis de saúde e desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais. O indicador 22 e 23 foram escolhidos em relação a associação entre o baixo peso ao nascer (> 2.500 gramas) e à doença periodontal da mãe junto com o desenvolvimento de cárie dentária na primeira infância. As consequências das infecções bucais têm influência na gravidez, contribuindo à restrição do crescimento fetal e a indução do parto prematuro, junto com alterações dentais (ACOSTA de CAMARGO, 2016). A formação do esmalte em dentes primários começa entre a semana 11 e 14 de vida intrauterina e termina no final do terceiro mês pós-natal. Como o esmalte é uma estrutura estável, os defeitos produzidos durante a sua formação permanecem como um registro permanente. Qualquer situação estressante durante a gravidez e o nascimento pode produzir mudanças metabólicas na formação do esmalte resultando algum defeito de esmalte (ex.: hipoplasia do esmalte). Além disso, as complicações durante a gravidez e as experiências

traumáticas durante o nascimento possuem impacto no desenvolvimento de cárie dentária na primeira infância (RAHMAN et al., 2015). O momento do parto e os eventos que rodeiam o nascimento têm grande impacto na saúde bucal do indivíduo na infância. As crianças com baixo peso ao nascer têm maior risco de defeitos no esmalte, anomalias de forma e número de peças dentais e cárie dentária. (PROKOCIMER *et al.*, 2015).

Em relação a associação da desnutrição e a cárie precoce na infância podemos observar que é altamente prevalente nas comunidades onde a desnutrição é um fator comum relevante. Estudos mostram que as crianças desnutridas, além de poder apresentar defeitos do esmalte dentário, estão expostas a um maior risco à cárie dentária. Uma deficiência energético-proteica durante a fase de desenvolvimento dentário (odontogênese) produz uma maior suscetibilidade à cárie dentária, atraso na cronologia de erupção, defeitos estruturais no esmalte dentário, hipofunção das glândulas salivares e mudança na composição da saliva. (COSTA *et al.*, 2010).

A carga de morbidade das DCNT entre adultos (a faixa mais produtiva economicamente) aumenta nos países em desenvolvimento devido à envelhecimento e as transições da saúde (OMS, 2012). Portanto é importante analisar o risco de morrer por causa das DCNT e avaliar o alcance da carga de mortalidade por DCNT das populações. O indicador 24 foi selecionado para medir a mortalidade por DCNT (câncer, diabetes, doença cardiovascular e doença respiratória crônica) como problema de saúde pública sendo que uma delas, a diabetes, tem manifestações orais. Se refere à porcentagem de pessoas de 30 anos que podem morrer antes de fazer 70 anos a causa de alguma enfermidade cardiovascular, câncer, diabetes ou enfermidade respiratória crônica, assumindo que experimentaria as taxas de mortalidade atuais a todas as idades e que o faria não morrer por nenhuma outra causa de morte (por ex. HIV/AIDS) (OMS, 2020c). O indicador 25 mensura a prevalência por HIV na população entre 15 e 49 anos de idade, ou seja, os pacientes infetados pelo vírus HIV. Lembrando que nestes indivíduos podem-se manifestar os primeiros sinais da doença, o que torna importante o diagnóstico inicial precoce. O consumo de tabaco, indicador 26, possui manifestações orais (mencionamos que a diabetes também possui manifestações orais). (PRADO; VACCAREZZA, 2017; PAULIQUE, N. C. *et al.*, 2017). Estes indicadores formam parte das metas do ODS 3: reduzir um terço as doenças não transmissíveis, aplicar controle ao consumo de tabaco e erradicar a epidemia AIDS para 2030. O indicador 27 se refere ao consumo de álcool, que associado ao tabagismo, são fatores de risco para o câncer bucal (ANDRADE, J. O. M. *et al.* 2015). Por fim, os indicadores 24, 25, 26 e 27 estão relacionados às MSB2020 que propõem minimizar o impacto das manifestações orais das enfermidades gerais sobre indivíduos e

sociedades e usar as manifestações orais para o diagnóstico precoce. Desta maneira, os indicadores contribuem na avaliação das ações de saúde das doenças gerais.

- e) Dados sobre saúde bucal - Segundo enfoque: condição da SB, cobertura, ações programadas e acesso.
- 28) CPOD aos 12 anos;
 - 29) Porcentagem de necessidade de tratamento por cárie dentária na população de 5 até 13 anos;
 - 30) Porcentagem de necessidade de tratamento por doença periodontal em adultos;
 - 31) Porcentagem da necessidade de tratamento por má oclusão na população de 5 até 13 anos;
 - 32) Taxa de incidência e Taxa de mortalidade por câncer bucal;
 - 33) Recursos Humanos em saúde bucal (odontólogos * 10.000 / total da população), por país e por região;
 - 34) Cobertura populacional estimada na Atenção Básica;
 - 35) Cobertura populacional estimada pela Saúde Bucal na Atenção Básica;
 - 36) Estabelecimentos por especialidade de tratamento a pessoas com deficiência;
 - 37) Evolução de um indicador de Acesso à saúde bucal em cada país.
 - 38) Acesso à saúde bucal por um programa intersetorial (saúde e educação);
 - 39) Ações programadas na APS;
 - 40) Ações programadas no segundo nível de atenção;

Os indicadores 28 e 29 respondem à condição de saúde bucal da população de 5 a 13 anos em relação à cárie dentária e o indicador 31 à condição de má oclusão na mesma faixa etária. O indicador 30 é um indicador de doença periodontal em adultos. O indicador 32 serve para comparar a incidência e mortalidade por câncer bucal. Os cinco indicadores avaliam diferentes situações de saúde bucal em populações diferentes. Os indicadores 33 e 34 respondem ao ODS 3 (saúde), em relação ao aumento de financiamento em saúde, contratação e aperfeiçoamento dos profissionais da saúde (sendo que um dos indicadores desse objetivo é o número de profissionais da saúde cada 10.000 habitantes), e à cobertura de saúde da população. A meta para 2030 é a universalidade dela. Cabe salientar que este estudo, se baseia no conceito de acesso e uso oportuno a serviços efetivos e de qualidade quando necessários (NORONHA, 2013). Por isso, incorporamos o indicador 37 para observar a evolução de um indicador de acesso à saúde bucal em cada país (primeira consulta programática odontológica

para o Brasil e consulta programática em gestantes para a Argentina). Entretanto, a meta que refere à cobertura universal não possui indicadores nos países desde esta perspectiva. A comparação da cobertura de saúde no Brasil e na Argentina responde ao método de cálculo segundo a nota metodológica do MS do Brasil (Parâmetro: Considera o valor de 3.450 indivíduos cobertos por equipe de Saúde da Família, e 3.000 indivíduos cobertos pelas equipes de atenção básica parametrizadas e equipes equivalentes, resultados da média aritmética entre os valores mínimo e máximo definidos na PNAB 2011).

Indicador 34:

$$\frac{n^{\circ} eSF * 3.450 + (n^{\circ} eAB \text{ param.} + n^{\circ} eSF \text{ equivalentes}) * 3.000 * 100}{\text{Estimativa populacional no Brasil}}$$

E adaptado para a Argentina:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pessoas com Cobertura Efetiva Básica do Programa Sumar}}{\text{Estimativa populacional com cobertura exclusiva do setor público}}$$

A cobertura efetiva básica (CEB) do Programa Sumar representa a quantidade de beneficiários do programa que estão cadastrados e fizeram pelo menos uma prestação de saúde nos últimos 12 meses o que garanta permanecer como beneficiários com CEB. Esta estratégia sanitária motiva a APS, a prevenção e o acesso efetivo da população aos centros de saúde (ARGENTINA, 2020b).

O subsetor privado não foi incluído já que existem diferenças na cobertura odontológica entre os países. O Brasil possui planos privados com e sem odontologia e planos exclusivos de odontologia. A Argentina possui planos privados todos com odontologia e acesso à atenção básica e especialidade em saúde bucal. O indicador 35 corresponde à cobertura populacional pelos serviços de saúde bucal na população no âmbito da Atenção Básica. A metodologia de cálculo é baseada na nota metodológica do MS do Brasil para esse indicador:

Indicador 35:

$$\frac{(n^{\circ} eSFSB * 3.450) + (n^{\circ} eABSB \text{ param.} + n^{\circ} eSFSB \text{ equivalentes}) * 3.000 * 100}{\text{Estimativa populacional}}$$

E adaptado para a Argentina:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CAPS setor público com Equipe de Saúde Bucal} * 3.200}{\text{Estimativa populacional com cobertura exclusiva do setor público}} * 100$$

Estimativa populacional com cobertura exclusiva do setor público

O número de pessoas com CEB com acesso à saúde bucal é calculado pela quantidade de CAPS que oferecem odontologia, sendo a cobertura para cada CAPS em média de 3.200 pessoas (PROAPS-REMEDIAR, 2006). Para o indicador 36 o número de CEOs que atendem pessoas com deficiências serão comparados com o número de estabelecimentos que atendem pessoas com deficiência na Argentina. O sentido deste indicador é analisar a oferta de serviços em saúde bucal para esse grupo populacional.

Para o indicador 37 foram escolhidos a 1ª consulta de odontológica programática no Brasil e a consulta odontológica programática em gestantes no subsetor público na Argentina. Os indicadores não podem ser comparados. Cada país possui diferentes indicadores e dados de acesso. No entanto, foi analisada a evolução em cada estudo de caso através do registro da evolução desses indicadores em cada país ao longo do tempo com o objetivo de expor se houve aumento ou diminuição do acesso à saúde bucal para as populações alvo. Os dados para o Brasil foram obtidos no DATASUS e para a Argentina foram solicitados ao MSAL mediante consulta a distância.

O indicador 38 serve para comparar a porcentagem de população atingida por um programa intersetorial. Aquela população que tem acesso à controle integral em saúde, incluindo a saúde bucal, e às ações preventivas em saúde bucal (escovação coletiva, promoção da saúde bucal, aplicação coletiva de flúor gel) pela intersetorialidade das políticas em saúde bucal através de um programa específico. Neste caso, foram escolhidos o PSE realizado em escolas públicas para o Brasil e o PROSANE realizado em escolas públicas e privadas na Argentina. Método de cálculo:

Indicador 38:

$$\frac{\text{Pessoas participantes no PSE}}{\text{População total da escola pública mesma faixa etária estimada em determinado local e período}} * 100$$

Para a Argentina:

Pessoas participantes no PROSANE

Com acesso a controle de saúde bucal em determinado local e período X 100
População total da mesma faixa etária estimada em determinado local e período

Os indicadores 39 e 40 respondem à oferta de serviços em saúde bucal. Analisam as ações odontológicas abrangidas no primeiro nível de atenção e as ações contempladas pelos centros de especialidade odontológicos nos países. São expressas em porcentagem com objetivo de conhecer a proporção das ações que resolvem os problemas de saúde bucal no primeiro e segundo nível de atenção. Para o caso da Argentina foi necessário conhecer a abrangência nos setores público e seguridade social e as diferenças entre eles. Estas informações permitem avaliar a oferta de serviços, a porcentagem de poder de resolubilidade na APS e comparar países. Os dados foram obtidos dos processos de trabalho para cada nível descritos nas diretrizes das políticas (PNSB e PNAB para o Brasil e *Programa Sumar* e *Programa Médico Obligatorio* para a Argentina). Método de cálculo:

Indicador 39:

$$\frac{\text{Ações da ESB na ESF} \times 100}{\text{Ações da ESB} + \text{Ações especializadas nos CEOs}}$$

Para a Argentina:

$$\frac{\text{Ações odontológicas no primeiro nível de atenção pela seguridade social} \times 100}{\text{Ações odontológicas no primeiro nível de atenção} + \text{Ações especializadas}}$$

$$\frac{\text{Ações odontológicas no primeiro nível de atenção no setor público} \times 100}{\text{Ações odontológicas no primeiro nível} + \text{Ações especializadas}}$$

Indicador 40:

$$\frac{\text{Ações especializadas nos CEOs} \times 100}{\text{Ações da ESB} + \text{Ações especializadas nos CEOs}}$$

Para a Argentina:

Ações odontológicas no segundo nível de atenção pela seguridade social x 100
Ações odontológicas no primeiro nível de atenção+ Ações especializadas

Ações odontológicas no segundo nível de atenção no setor público x 100
Ações odontológicas no primeiro nível+ Ações especializadas

A partir da ausência de dados na Argentina em algumas áreas e subsetores, da fragmentação dos dados, da falta de indicadores de cobertura em saúde bucal e de acesso à saúde bucal surgiu a necessidade de criar indicadores adaptados à Argentina para a cobertura e o acesso (indicadores 36, 37, 38, 40). Porém, os indicadores que existem no Brasil nas bases de dados oficiais e que foram muito utilizados na literatura, principalmente em estudos avaliativos das políticas, coloca ao país como referente para aproximarmos a pensar como mensurar a cobertura e o acesso à saúde bucal na Argentina, mas tendo em consideração as adaptações necessárias para obter indicadores de qualidade e que sejam possíveis de serem utilizados por outros pesquisadores, tanto como por gestores na área do planejamento de ações em saúde bucal.

Em relação aos indicadores de ofertas de serviços (39 e 40), foram criados tanto para a Argentina como para o Brasil com a intenção de obter indicadores que mensurem a oferta de serviços de saúde bucal no primeiro e segundo nível de atenção e que possam ser comparáveis entre os países.

4.5 Análise de dados

A análise documental qualitativa foi realizada com a metodologia de análise de conteúdo. Segundo Bardin (1979 apud MINAYO, 2010), esta pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação que mediante procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo, neste caso documentos, permitem a inferência de conhecimentos que têm a ver com as condições de produção/recepção destes documentos. O que permite tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos. Vários autores descrevem processos da análise de conteúdo diversos. Neste estudo utilizamos a metodologia descrita em cinco etapas:

1 - Preparação das informações.

Leitura de todos os materiais para tomar uma primeira decisão sobre quais deles efetivamente estão de acordo com os objetivos da pesquisa. Os documentos assim incluídos na

amostra devem ser representativos e pertinentes aos objetivos da análise. Devem também cobrir o campo a ser investigado de modo abrangente. Iniciar o processo de codificação dos materiais estabelecendo um código que possibilite identificar rapidamente cada elemento da amostra de depoimentos ou documentos a serem analisados.

2 - Transformação do conteúdo em unidades.

Rerler cuidadosamente os materiais com a finalidade de definir a unidade de análise que é o elemento unitário de conteúdo a ser submetido posteriormente à classificação. Cada unidade de análise, para ser submetida à classificação necessita estar isolada.

3 - Categorização ou classificação das unidades em categorias.

A categorização é um procedimento de agrupar dados considerando a parte comum existente entre eles. Classifica-se por semelhança ou analogia, segundo critérios previamente estabelecidos ou definidos no processo. As categorias devem ser válidas, exaustivas e homogêneas. A classificação de qualquer elemento do conteúdo deve ser mutuamente exclusiva. Finalmente uma classificação deve ser consistente. O objetivo básico da análise de conteúdo é produzir uma redução dos dados de uma comunicação, o que, em geral, exigirá um número reduzido de categorias.

4 – Descrição.

Para cada uma das categorias será produzido um texto síntese em que se expresse o conjunto de significados presentes nas diversas unidades de análise incluídas em cada uma delas.

5 - Interpretação.

Liga-se ao movimento de procura de compreensão. A interpretação se faz sobre conteúdos manifestos pelos autores, como também sobre os latentes, sejam eles ocultados consciente ou inconscientemente pelos autores.

Após coletados, os dados foram organizados com o auxílio do software ATLAS. ti versão 8.

As categorias analíticas apriorísticas para o processo de interpretação foram:

Propósitos do Governo: Constituída por os princípios e objetivos elaborados nas diretrizes das políticas de saúde bucal, leis e portarias.

Estratégias do Governo: Esta categoria se foca em entender como e com quais elementos e recursos os governos atingem os propósitos. Formam parte dela os recursos humanos, físicos e financeiros descritos nas diretrizes das políticas de saúde bucal, leis e portarias.

Organizações: Foi realizado um recorte sobre os usuários e os recursos humanos. A análise desta categoria busca compreender o papel dos usuários e das equipes em relação ao empoderamento, o papel na construção das políticas e a qualidade da atenção. No caso dos profissionais da saúde se relaciona aos processos de trabalho e nos usuários à forma como eles contribuem na construção da saúde bucal (própria e da comunidade).

Se apresentam os quadros que serviram como guia para realizar a recopilação dos documentos. O objetivo geral será alcançado por meio dos objetivos específicos. O Quadro 2 permite descrever as principais questões norteadoras e as possíveis fontes de verificação. O Quadro 3 corresponde à análise do objetivo específico 1, o Quadro 4 corresponde à análise do objetivo específico 2, ambos precisam categorias analíticas secundárias resultantes do modelo explicativo e da teoria.

A fase final, caracterizada como tratamento dos resultados e interpretação, estes serão apresentados em forma de artigos.

Quadro 2- Matriz de Análise das Políticas em saúde Bucal vigentes (por país)

Categoria de análise	Principais questões norteadoras	Fontes de Verificação
Propósitos do Governo	<ul style="list-style-type: none"> -Quais os antecedentes até a formulação das PSB vigentes? -Os princípios e objetivos são claramente definidos? -Os princípios, objetivos e diretrizes são coerentes com as metas em saúde bucal para 2020? -Os princípios, objetivos e diretrizes expressam suficiência e coerência com intenções de manutenção, crescimento ou transformação da situação de saúde bucal? 	Análise documental de leis, portarias, diretrizes vigentes em políticas de saúde bucal
Estratégias do Governo	<ul style="list-style-type: none"> -Quais as ações assistenciais, preventivas, de promoção? -Propõe ações de promoção à saúde geral? -Contempla grupos vulneráveis por condições de vida? -Propõe linhas de ação por faixa etária? -Propõe estratégias de equidade? -As estratégias são coerentes às metas de saúde bucal 2020? Têm sustento científico? 	Análise documental de leis, portarias, diretrizes vigentes em políticas de saúde bucal, relatórios
Organizações	<ul style="list-style-type: none"> -A participação dos usuários está contemplada em mais, em menos ou em semelhança com os recursos humanos? Têm participação nas propostas e necessidades? -As desigualdades dos usuários são contempladas? Quais tipos de desigualdades, etnia, gênero, ambiental, social, econômicas ou outras? -Existem linhas de ação intersetoriais que envolvem outras organizações (usuários, recursos humanos e instituições de outros setores)? -Os profissionais de SB acedem à capacitação? -Qual a relação entre recursos humanos e usuários? -Existe coerência entre a oferta, capacidade de utilização e a estrutura física dos serviços? 	Análise documental de leis, portarias, diretrizes vigentes em políticas de saúde bucal, estudos científicos, relatórios

Fonte: Adaptado de Rossi; Chaves (2015)

Quadro 3- Análise do objetivo específico 1

Objetivo	Categoria analítica primária	Categoria Analítica secundária	Objetivo secundário	Categoria operacional
Analisar as políticas de saúde bucal na Argentina e no Brasil, no período de 2000 a 2020	Propósitos	Manutenção	Determinar se os programas legitimam a situação atual de saúde bucal	Objetivos baseados nos princípios do Sistema de saúde do país
		Crescimento	Determinar se os programas tentam melhorar a situação atual de saúde bucal	Objetivos baseados na acessibilidade, oferta, cobertura e capacitação
		Transformação	Determinar a existência de programas que modifiquem a estrutura social	Objetivos baseados na determinação social, equidade, universalidade, Intersetorialidade, longitudinalidade Estabilidade e sustentabilidade dos programas ao longo do tempo
	Estratégias do Governo	Promoção	Identificar ações promoção da saúde bucal	Promoção da saúde bucal
		Promoção	Identificar programas de promoção da saúde bucal	Nome do programa
		Prevenção	Identificar ações de prevenção	Prevenção em saúde bucal
		Prevenção	Identificar programas de prevenção	Nome do programa
		Assistenciais	Identificar ações assistenciais da saúde bucal	ações assistenciais da saúde bucal
		Faixa etária	Identificar programas de linha do cuidado a saúde bucal (por idade)	Nome do programa
		Grupos especiais	Identificar programas por condições especiais de vida	Nome do programa
	Intersetorialidade	Identificar ações de promoção ou prevenção intersetoriais	Programas intersetoriais	

	Organizações			
		Participação dos Usuários	Identificar a existência ou não da inclusão dos usuários na construção das políticas	Espaço usuário
			Identificar ferramentas para a autonomia dos usuários	Empoderamento do usuário
		Recursos Humanos	Identificar propostas de atenção de qualidade	Capacitação profissional
			Identificar a existência ou não da inclusão dos profissionais na construção das políticas	Espaço profissional

Fonte: Elaboração da Autora

Quadro 4- Análise do objetivo específico 2

Objetivo	Categoria analítica	Categoria analítica secundária	Objetivo secundário	Categoria operacional
Comparar as políticas em saúde bucal dos países segundo as metas em saúde bucal da OMS para o ano 2020 como parâmetro.	Propósitos do Governo	Equidade e Determinação social	Prioridade e ênfase nas populações mais vulneráveis	Programas destinados a grupos vulneráveis
		Integralidade	Determinar diagnóstico precoce prevenção e gestão eficaz de enfermidades sistêmicas	Programas por linha de enfermidades sistêmicas Programas de promoção à saúde geral integrados a SB
		Intersetorialidade	Minimizar o impacto das doenças bucais na saúde geral e desenvolvimento psicossocial	Programas focados no diagnóstico precoce de doenças bucais
			Minimizar o impacto das manifestações orais das doenças gerais e usar essas manifestações para o diagnóstico precoce, prevenção e gestão eficaz das enfermidades sistêmicas	Programas intersetoriais

Fonte: Elaboração da Autora

Os dados quantitativos foram analisados comparando os indicadores escolhidos entre os dois países, com todos os dados disponíveis sobre os indicadores no período entre 2000 e 2020; para aqueles com diversos dados disponíveis ao longo do tempo, foi feita também uma comparação longitudinal a traves de gráficos descritivos e descrição tabular com o auxílio do programa Excel. O Quadro 5 corresponde ao objetivo específico 3, de caráter quantitativo: comparar indicadores de saúde bucal e indicadores da saúde geral relacionados, junto com indicadores das dimensões ambiental, econômica e social no período de 2000 a 2020 em ambos os países.

Quadro 5- Análise do objetivo específico 3: Comparar indicadores de saúde bucal e saúde geral relacionados, junto com indicadores das dimensões ambiental, econômica e social no período de 2000 a 2020 em ambos os países.

Categoria de análise		Argentina-Brasil no período 2000-2020
		Indicadores
Dimensão Social		População População Indígena e afrodescendente Taxa alfabetização Acesso à educação 1º infância Investimento % PIB Educação
Dimensão Econômica		Índice de pobreza Índice de pobreza extrema Taxa emprego Taxa desemprego Índice de GINI Índice de desenvolvimento humano Gasto em transporte Gasto público em saúde % PIB Gasto público em saúde <i>per capita</i> Gasto como desembolso direto % do gasto total em saúde Gasto privado em saúde % gasto total em saúde
Dimensão Ambiental		Serviços de saneamento básico seguro Serviços de acesso à água potável segura. Cobertura de água fluoretada Vigilância sanitária SB
Dimensão Saúde Bucal	Saúde geral e qualidade de vida	Mortalidade materna Mortalidade infantil Mortalidade neonatal Baixo peso ao nascer Desnutrição infantil até 5 anos Risco de morte por DCNT Prevalência de HIV Prevalência consumo tabaco Prevalência consumo de álcool
	Saúde Bucal	CPOD 12 anos % necessidade de tratamento por cárie dentária (5-13 anos) % necessidade de tratamento por má oclusão (5-13 anos) % necessidade de tratamento por doença periodontal em adultos Incidência de câncer bucal Mortalidade por câncer bucal Odontólogos por 10.000 h. Cobertura estimada na APS Cobertura estimada em SB Estabelecimentos para pessoas com deficiência no país Evolução de um indicador de Acesso à Saúde Bucal Cobertura populacional de programa intersetorial saúde-educação Ações em SB na APS Ações em SB no 2º Nível

Fonte: Elaboração da Autora

4.7 Pesquisa prévia documental e coleta de dados

Nesta fase do estudo, foram pesquisados os documentos existentes por ano orientados pelos objetivos de estudo (portarias, diretrizes, leis, notas técnicas) no período 2000-2020 considerando os governos. Realizamos uma primeira organização do material, coletando documentos sobre as políticas em saúde bucal, em ambos os países, junto com outras políticas que têm relação direta com a saúde bucal, tanto pela relação com a APS como pela relação com populações específicas e questões institucionais ou financeiras relevantes, indispensáveis para construir uma perspectiva abrangente do fenômeno a estudar. Os documentos foram organizados em pastas ao mesmo tempo em que se dava prosseguimento à coleta. As leituras e fichamentos organizados no programa Atlas.ti tiveram um papel central nesta fase para determinar a viabilidade do estudo pela presença dos documentos e a qualidade deles. Posteriormente à leitura de todos os documentos foram criados os critérios de elegibilidade em relação aos objetivos do estudo.

Finalmente, a seleção dos documentos para a análise documental contemplou as seguintes características:

- a. Se encontram numa esfera nacional o que permite problematizar as relações entre níveis do governo.
- b. Transcendem temporalmente pelo menos um período de governo, vigentes em 2020.
- c. Explicitam em seus conteúdos a intencionalidade da saúde bucal.
- d. Pertencem a programas de saúde bucal e/ou programas intersetoriais que contemplam a saúde bucal e/ou a organização da APS.

Os critérios de inclusão são a presença das características a + b + (c e/ou d). Os critérios de exclusão são a perda da vigência do documento ou a não implementação após a formulação. Foram escolhidos 9 documentos para a Argentina e 9 documentos para o Brasil (Quadro 6).

Quadro 6- Documentos selecionados para a análise nos países entre 2000-2020

ARGENTINA	BRASIL
Diretrizes do PMOE (2002)	Diretrizes da PNSB. PBS (2004)
Programa Nacional de Saúde Escolar (2008)	Criação dos CEOs e LRPD (2004)
Programa Sumar (2012)	Diretrizes da PNPS (2006) Portaria nº 687 de 30 de março de 2006.
Decreto 580/2015, criação da Direção Nacional de saúde Bucal (2015)	Diretrizes da PNAB (2006)
Programa Nacional de saúde para os povos indígenas (2016)	Diretrizes do PSE (2007)
Regulamento operativo para a Cobertura Universal em Saúde (CUS)	Diretrizes do PBS Indígena (2011)
Programa Nacional de Câncer Bucal (2017)	Diretrizes da PNAB (2011)
Programa Nacional de reabilitação bucal (2017)	Saúde Bucal na Rede e Plano Nac. Pessoas com Deficiência (2012)
Estratégia da CUS (2019) e a sua modificação do nome em março 2020	Diretrizes da PNAB (2017)

Fonte: Elaboração da Autora

A partir deste momento os documentos selecionados foram incorporados e codificados em uma nova pasta ao programa Atlas.ti 8 para realizar a análise de conteúdo.

4.8 Pesquisa prévia dos indicadores e coleta de dados

A seguir será relatada a pesquisa prévia dos dados quantitativos, e que foram determinantes na eleição dos indicadores visto que:

-Os países têm diferentes dados e indicadores, de diferentes anos e podem não concordar;

-Os sistemas de informação dos países possuem diferenças estruturais e de concepção.

Enquanto o Brasil possui a maioria dos dados e indicadores de saúde e saúde bucal acessíveis em uma plataforma unificada (DATASUS), a Argentina possui escassos dados de saúde bucal de domínio público. Porém, foram solicitados ao MSAL mediante a solicitação direta de dados públicos. Além disso, a Argentina possui fragmentação de dados a nível

nacional, provincial e municipal e pelos subsetores (público, privado e seguridade social), sendo que as plataformas de consulta são variadas (DEIS, SISA, DATASETS).

Os pedidos de informação direta ao MSAL foram relacionados aos CAPS totais e aos que oferecem serviços de odontologia, à cobertura pública e à cobertura do PS, consultas odontológicas realizadas pelo PS, número de estabelecimentos na APS no setor seguridade social com e sem odontologia e consultas odontológicas realizadas pelo setor seguridade social. Em relação à fluoretação e desfluoretação das águas foi solicitado um informe especificamente à DINASAB sobre os últimos 20 anos, junto com os índices CPOD que constam no PROSANE, e o alcance dos programas de Reabilitação Bucal, Promoção e Prevenção e Programa Nacional de Câncer Bucal. Outros organismos consultados, dependentes do MSAL, foram a Superintendência de Serviços de Saúde e o Registro Institucional de Tumores da Argentina.

Se bem que a Argentina não tem estudos epidemiológicos nacionais desde 1987 e os dados de CPOD do PROSANE não foram disponibilizados pelo MSAL devido à falta de unificação do registro (cada província têm o registro próprio e o MSAL não tem acesso a ele). Utilizamos para o indicador CPOD aos 12 anos os resultados do estudo epidemiológico nacional realizado em 2013 pela Confederação Odontológica da República Argentina (CORA) (CORA, 2013). Além disso, trazemos os resultados do estudo epidemiológico nacional sobre Diagnóstico e necessidade de Tratamento Periodontal em Adultos na República Argentina de 2009 realizado pela CORA, a Sociedade Argentina de Periodontia (SAP) e a Associação Odontológica Argentina (AOA) junto com a colaboração de universidades de todo o país. A CORA participa representando à Argentina no Observatório Ibero-americano de Políticas em Saúde Bucal, sendo uma das entidades científicas e institucionais mais prestigiosas que representam à odontologia na Argentina há mais de 90 anos.

Em relação as respostas do MSAL, via plataforma de trâmites a distância da Argentina, todas foram anexadas em arquivos oficiais assinados pelos responsáveis das áreas, a traves da plataforma de trâmites a distância do Governo Nacional da República Argentina dirigidas à autora. Os dados fornecidos foram utilizados como fonte de dados para os indicadores correspondentes com a devida citação.

5. ASPECTOS ÉTICOS

No marco da resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012, do MS, que aprova as diretrizes a serem adoptadas na investigação no Brasil e atendendo à ética em investigação aprovada na resolução n° 1.480, do MSAL, de 13 de novembro de 2011 que contempla o Guia

para Investigações em Seres Humanos na Argentina e que consideram primordial a moral, o respeito pela vida, a autonomia, a beneficência, a justiça e a equidade, é realizada esta pesquisa.

Tendo em consideração as probabilidades de risco da investigação em saúde, é possível estabelecer que as investigações que não são realizadas em seres humanos o que utilizam dados já disponíveis e de domínio público, não representam nenhum risco e não requerem mecanismo de controle já que não invadem a intimidade das pessoas.

Os documentos e os dados obtidos mediante acesso público e os documentos e dados solicitados ao MSAL de maneira direta pela pesquisadora, via plataforma de trâmites a distância da Argentina, serão arquivados em uma base de dados, durante 5 anos, baixo a inteira responsabilidade da pesquisadora, no Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana.

A pesquisa pretende aportar uma reflexão sobre a evolução das políticas públicas em saúde bucal formuladas e implantadas para a melhoria da saúde bucal das populações da Argentina e do Brasil, junto com a evolução dos principais indicadores que refletem a saúde bucal e geral e as dimensões social, econômica e ambiental dos países em questão. Como principal benefício de esta pesquisa se espera, ao comparar os países, destacar as fortalezas e lacunas que os países possuem colaborando com as áreas de planejamento e gestão das políticas públicas em saúde bucal, para que sejam realizadas em forma eficiente e eficaz.

6. RESULTADOS

A seguir, se apresentam os resultados obtidos em forma de três artigos. Os artigos 1 e 2, os casos Argentina e Brasil, analisam as políticas em saúde bucal dos países e respondem ao objetivo específico 1. O artigo 3 responde aos objetivos específicos 2 e 3, a comparação das políticas em saúde bucal segundo as MSB2020 e dos principais indicadores no período entre ambos os países.

6.1 Artigo 1

POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL NA ARGENTINA, NO PERÍODO DE 2000-2020

ORAL HEALTH POLICIES IN ARGENTINA, IN THE PERIOD 2000-2020

Maria Gabriela Borda

Ynara Bosco de Oliveira Lima-Arsati

Thereza Christina Bahia Coelho

RESUMO

O objetivo deste estudo é analisar as políticas públicas de saúde bucal na Argentina no período 2000-2020. Trata-se de uma análise documental dos principais documentos relacionados às políticas em saúde bucal e políticas intersetoriais relacionadas, no setor público e seguridade social, conforme o Postulado de Coerência proposto por Mario Testa. O estudo analisa as estratégias propostas pelos diferentes governos para melhorar a saúde bucal da população, no contexto da atenção primária à saúde, junto com os propósitos do governo e as organizações envolvidas. Os achados permitem inferir uma ausência de propósitos transformadores na área da saúde bucal ao longo do período. Encontrou-se diferenças entre os propósitos de ampliação e crescimento nos governos peronistas e propósitos de autolegitimação no governo de Macri. A diferença de oferta de serviços em saúde bucal entre programas do setor seguridade social e público, se bem que ainda continua, começou a diminuir pela ampliação da cobertura e novos serviços no setor público a partir de junho de 2020. Observou-se perda de financiamento e desarticulação de programas intersetoriais no período 2015-2019. O estudo pretende contribuir na área do planejamento e gestão e na aplicação das políticas públicas em saúde bucal.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas de saúde, Políticas públicas de saúde, Saúde bucal.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze public oral health policies in Argentina in the period 2000-2020. It is a content analysis of the main documents related to oral health policies and related intersectoral policies, in the public and social security sector, according to the Coherence Postulate proposed by Mario Testa. The study analyzes the strategies proposed by the different governments to improve the population's oral health, in the context of primary health care, along with the purposes of the government and the organizations involved. The findings allow us to infer an absence of the transformative purposes in oral health over the period. We found differences between the purposes of the expansion and growth in the Peronist government and the purposes of self-legitimation in the Macri government. Differences in the offer of oral health services between programs in the social security and public sector, although continuing, began to decrease due to the expansion of coverage and new benefits in the public sector as of June 2020. There was a loss of financing and disarticulation of the intersectoral programs in the 2015-2019 period. The study intends to contribute to the area of planning and management and in the application of public policies in oral health.

KEY WORDS: Health policy, Public health policy, Oral Health.

INTRODUÇÃO

Em 2009, Velásquez Gavilanes conceituou políticas públicas como um processo integrador de decisões, ações, inações e instrumentos, elaborados por autoridades públicas. Este processo, encaminhado a solucionar ou prevenir uma situação definida como problema, é formulado com a participação eventual dos particulares. Portanto, a política pública, faz parte de um ambiente determinado que, e ao mesmo tempo, pretende modificar ou manter (VELAZQUEZ GAVILANES, 2009).

A cárie dentária constitui um desafio importante para a saúde pública (GBD 2017, 2018). Segundo os dados do Programa de Saúde Bucal da OMS/País e Região, a cáries não tratada em dentes permanentes tem uma prevalência global de 40%, causa frequentemente dor bucal e afeta a 7 de cada 10 crianças na Argentina.

Na Argentina, a saúde bucal tem a particularidade de estar inserida em outras políticas e programas mais abrangentes dentro das políticas públicas de saúde, além de articular-se com outras políticas intersetoriais. Segundo Gonzalez Rivas (2018), uma das suas maiores dificuldades é manter ao longo do tempo, planos nacionais e legislações que transformem à saúde bucal numa política de estado superando os tempos eleitorais, as crenças políticas e a gestão pública flutuante.

A Argentina é um país com iniquidade de acesso à saúde determinado pelos fatores sociais. O sistema de saúde argentino se caracteriza por uma excessiva fragmentação com três formas de acesso aos serviços de saúde. Existe um triplo fracionamento de direitos, regulatória e territorial (as províncias têm competência própria em saúde) por causa das marcadas diferenças de desenvolvimento econômico por região. A autoridade sanitária nacional tem uma capacidade limitada para influenciar e para propor inovações legislativas, regulatórias e programáticas (CETRÁNGOLO, 2014).

Observa-se grandes diferenças entre as ações em saúde bucal incorporadas entre os programas, sendo muito maiores para o setor seguridade social e privado. O Programa Médico Obrigatório (PMO), criado em 1996, possui alcance no âmbito nacional para os trabalhadores assalariados a seus familiares diretos através das Obras Sociais Nacionais ou Provinciais e, desde 2012, para a população que possui medicina pré-paga. O setor seguridade social e privado representam aproximadamente 63,3%% da população. A cobertura é ampla nas áreas de prevenção, diagnóstico e tratamento médico e odontológico (ARGENTINA, 2018;

DATASETS, 2021). No setor público o Programa Sumar, criado em 2012, é o encaminhamento de inserção na saúde bucal da população mais vulnerável que possui unicamente cobertura pública. Na atualidade possui uma cobertura de 16.672.216 pessoas que representam 36,7% da população (ARGENTINA, 2021; DATASETS, 2021).

Sendo assim, o objetivo deste estudo é analisar as políticas públicas em saúde bucal, no período 2000-2020, para refletir sobre a coerência entre os propósitos do governo, as estratégias para alcançá-los e o papel dos usuários e profissionais da saúde bucal ao longo do período.

METODOLOGIA

Esta análise documental tem por objeto as políticas públicas destinadas à saúde bucal da população da Argentina a través de uma análise documental. O estudo propôs responder como são construídos princípios e práticas para à saúde bucal da população e se esses objetivos buscam (ou não) mudanças dela.

A pesquisa documental é um amplo exame de diversos materiais que não foram utilizados para nenhum trabalho de análise, ou que podem ser reexaminados, buscando-se outras interpretações ou informações complementares, chamados de documentos (KRIPKA, 2015). A análise documental é uma técnica para o tratamento dos dados, que objetiva a transformação das informações, visando torná-las mais compreensíveis para correlacioná-las com os demais dados oriundos de outras fontes (SOUZA et al., 2011).

O período de estudo escolhido se justifica por ser um momento de formulação e implantação das principais políticas em saúde bucal. Os principais *sites* oficiais consultados para o estudo das políticas (fonte de dados primários) foram o Ministério da Saúde da Argentina (MSAL) e Legisalud. Além disso, foi realizada uma consulta com o MSAL através do acesso público de dados a distância quando não foram achados dados específicos. A coleta de dados foi realizada entre julho e dezembro de 2020.

Foram selecionados segundo os critérios de inclusão: pertencer à esfera nacional, transcender temporalmente pelo menos um período de governo estando atualmente vigente e o texto fazer referências à inclusão/articulação da saúde bucal na estratégia da APS ou discutir entre diferentes sectores a atenção à saúde bucal (intersectorialidade). Os critérios de exclusão foram a perda de vigência ou não implementação após a formulação. Os dados foram organizados com o auxílio do *software* ATLAS. ti versão 8. As categorias analíticas apriorísticas foram: Propósitos do Governo, constituída por os princípios e objetivos elaborados nas diretrizes das políticas de saúde bucal, leis e portarias; Estratégias do Governo, métodos ou

recursos dos governos para atingir as metas; Organizações, com um recorte sobre os usuários e os recursos humanos com a intenção de compreender a coerência entre as ações propostas para os trabalhadores em saúde bucal e o papel dos usuários.

Tendo em consideração as probabilidades de risco da investigação em saúde, é possível estabelecer que esta pesquisa utiliza dados que são de domínio público que não representam risco e que não invadem a intimidade das pessoas.

Elementos teóricos

Este estudo baseou-se na teoria de Mario Testa, especificamente o Postulado de Coerência. Para a análise do processo político na saúde, o postulado prevê que os propósitos de uma instituição, sua organização e os métodos que utiliza devem apresentar coerência, trazendo uma reflexão sobre os laços entre a política, ciência e história (TESTA, 1989; CHAVES; MOYSÉS, 2016).

Os propósitos do governo junto com o papel do estado formam o vértice político. Sendo que, para Testa, os papéis fundamentais que o Estado cumpre na tomada de decisões são: “a articulação da classe dominante”, “a desarticulação da classe dominada” e “a garantia de reprodução da classe dominada” (FEDERICO, 2015). O primeiro papel garante os propósitos do governo de legitimação e crescimento. O segundo papel, orientado à sua autolegitimação (mediante métodos físicos e simbólicos) limitará através da configuração institucional burocrática, as possibilidades de conformação de atores sociais. Finalmente, o terceiro papel do Estado tem como propósito guiar as ações para uma mudança estrutural na estrutura de classes para uma maior igualdade entre os diferentes grupos sociais, determinando métodos orientados às políticas sociais universais e integrais e construindo mais democracia na sociedade (TESTA, 1989).

A análise das organizações que existem em um momento histórico dado, fala indiretamente das outras determinações históricas junto com as que decorrem no momento presente (TESTA, 1989). Segundo Testa, são compreendidos como atores sociais as pessoas, os grupos de pessoas, as instituições e todos aqueles que se constituem como centros de acumulação e (des) acumulação de poder com capacidade de produzir fatos sociais e políticos (CHAVES; MOYSÉS, 2016).

Por sua vez, o método, tem um segundo nível de determinação: a teoria específica do problema que pretende resolver. No caso da saúde, trata-se da teoria que aceitamos acerca do

processo saúde-doença (TESTA, 1989). No Quadro 1 podemos observar as categorias de análise e as principais questões norteadoras que balizaram o estudo.

Quadro 1- Matriz de análise das políticas em saúde bucal na Argentina entre 2000-2020

Categoria de análise	Principais questões norteadoras	Fontes de Verificação
Propósitos do Governo	<ul style="list-style-type: none"> -Quais os antecedentes até a formulação das PSB vigentes? -Os princípios e objetivos são claramente definidos? -Os princípios, objetivos e diretrizes expressam suficiência e coerência com intenções de manutenção, crescimento ou transformação da situação de saúde bucal? 	Análise documental de leis, portarias, diretrizes vigentes em políticas de saúde bucal
Estratégias do Governo	<ul style="list-style-type: none"> -Quais as ações assistenciais, preventivas, de promoção? -Propõe ações de promoção à saúde geral? -Contempla grupos vulneráveis por condições de vida? -Propõe linhas de ação por faixa etária? -Propõe estratégias de equidade? -Contempla estratégias científicas? 	Análise documental de leis, portarias, diretrizes vigentes em políticas de saúde bucal, relatórios
Organizações	<ul style="list-style-type: none"> -A participação dos usuários está contemplada em mais, em menos ou em semelhança com os recursos humanos? Têm participação nas propostas e necessidades? -As desigualdades dos usuários são contempladas? Quais tipos de desigualdades, etnia, gênero, ambiental, social, econômicas ou outras? -Existem linhas de ação intersetoriais que envolvem outras organizações (usuários, recursos humanos e instituições de outros setores)? -É contemplada a capacitação contínua dos profissionais da saúde? -Qual a relação entre recursos humanos e usuários? -Existe coerência entre a oferta, capacidade de utilização e a estrutura física dos serviços? 	Análise documental de leis, portarias, diretrizes vigentes em políticas de saúde bucal, estudos científicos, relatórios

Fonte: Elaboração das Autoras

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como antecedentes às principais políticas em saúde bucal, no ano 2000, o Marco Estratégico-Político formulado no governo de Fernando de la Rúa teve por objetivo materializar o direito à saúde a partir dos princípios de equidade, solidariedade e sustentabilidade das ações abordadas e reorganizar os serviços de saúde. As estratégias elaboradas foram contribuir, desenvolver e fortalecer o sistema federal de saúde e a estratégia da APS. Neste documento é mencionada a saúde bucal dentro das estratégias de promoção, proteção e prevenção. Os grupos populacionais foram considerados por faixas etárias, populações indígenas, pessoas com

deficiências, populações excluídas e de pobreza estrutural. Por sua vez, menciona o fortalecimento institucional e o desenvolvimento de comunidades saudáveis a través da educação para a saúde (ARGENTINA, 2000). Fernando de la Rúa renunciou à presidência em 21 de dezembro de 2001, no contexto de estado de emergência decretado pela brutal crise econômica.

Em 2002, durante a presidência de Eduardo Duhalde, presidente a cargo por linha de sucessão presidencial, foi elaborado o Programa Médico Obrigatório de Emergência (PMOE) integrado por um conjunto de serviços básicos essenciais iniludíveis, garantidos pelos agentes de seguro de saúde (atingindo à população do setor seguridade social e desde 2012 à medicina pré-paga) O PMO, criado em 1996, teve uma atualização do pacote básico em 2002 condicionado à subsistência da situação de emergência no país. No entanto, esse pacote básico continua vigente na área da saúde bucal (ARGENTINA, 2002; JAIMARENA BRION, 2017).

Observamos no Quadro 2 os documentos selecionados, em ordem cronológica e as suas principais características.

Quadro 2- Principais elementos dos documentos em saúde bucal analisados entre 2000 e 2020 na Argentina

DOCUMENTO ANALISADO	GOVERNO	PRINCIPAIS OBJETIVOS/ELEMENTOS
Resolução 201/2002 (MSAL). PMOE, 9 de abril de 2002	Eduardo Duhalde	Melhorar a saúde da população, evitar o impacto sanitário, garantir o acesso ao medicamento. Define um pacote básicas de cobertura na APS, como programas de prevenção primária e secundária (odontologia preventiva) e atenção secundária (radiologia odontológica, cirurgia bucomaxilofacial) e um extenso capítulo sobre serviços odontológicos.
Resolução 1460/2012 (MSAL). Programa Sumar, 7 de setembro de 2012	Cristina Fernández de Kirchner	Melhorar a cobertura pública de saúde, incrementar a utilização e qualidade dos serviços de saúde priorizados para a população sem cobertura explícita e melhorar as capacidades de gestão institucional mediante mecanismos de financiamento baseados em resultados relacionados com as jurisdições participantes e os provedores de serviços de saúde.
Resolução 11/2015 (MSAL) Programa Nacional de Saúde Escolar, 13 de março de 2015	Cristina Fernández de Kirchner	Criado em 2008 (Resolução MSAL 439/2008) com o nome Programa de Sanidade Escolar e implementado em 2011. Em 2015 modifica o nome e incorpora novas estratégias. Fortalecer políticas de cuidado saúde-educação dentro da estratégia da APS. Identificar o estado de saúde da população selecionada mediante o controle integral de saúde.
Decreto 580/2015, criação da Direção Nacional de saúde Bucal, 14 de abril de 2015	Cristina Fernández de Kirchner	Fortalecer o componente bucal da saúde dentro das políticas gerais propostas pelo MSAL e as redes locais e regionais, articuladas em uma rede nacional de saúde bucal baseada na extensão, e consolidação da estratégia da APS, reforçando a capacidade de resposta do setor saúde na promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde bucal
Resolução 1036/2016. Programa Nacional de saúde para os povos indígenas, 25 de julho de 2016	Mauricio Macri	Formulação de planos para reduzir inequidades nas condições de saúde da população alvo. Diminuir a morbimortalidade da população indígena mediante programas preventivos e de promoção da saúde
Resolução 440-E/2017 (MSAL) Programa Nacional de reabilitação bucal, 18 de abril de 2017	Mauricio Macri	Programa pensado dentro do contexto da universalização do direito à saúde das pessoas que inclui o acesso aos tratamentos de reabilitação da saúde bucal baseados em próteses dentárias e, portanto, ao acesso gratuito de próteses dentárias parciais ou totais
Resolução 754-E/2017 (MSAL) Programa Nacional de Câncer Bucal, 26 de junho de 2017	Mauricio Macri	São objetivos do programa diminuir a morbimortalidade por câncer bucal na Argentina, criar uma rede assistencial capacitada para a detecção precoce, realizar campanhas preventivas para a comunidade, e sistema de informação
Regulamento da Estratégia da Cobertura Universal de Saúde (CUS). Resolução 1552-E/2017 (MSAL), 22 de setembro de 2017	Mauricio Macri	Promover o acesso à atenção sanitária integral gratuita e com a qualidade adequada, hierarquizando o primeiro nível de atenção. Foco na APS. Não é mencionada a saúde bucal
Programa da ampliação da CUS. Resolução 32/2019, 23 de julho de 2019	Mauricio Macri	Incrementar a cobertura efetiva e equitativa de serviços de saúde priorizados para a população com cobertura pública exclusiva [...] a fim de lograr um sistema de saúde integrado

Fonte: Elaboração das Autoras.

Para uma compreensão do fenômeno das políticas em saúde bucal no período 2000-2020 interpretarmos os dados em quatro momentos da história. O primeiro corresponde ao governo de Eduardo Duhalde do partido peronista, o segundo aos governos Néstor Kirchner-Cristina Fernández de Kirchner do partido peronista, eleitos por voto popular, o terceiro ao governo de Mauricio Macri do partido mudemos, eleito por voto popular e finalmente ao governo de Alberto Fernández do partido peronista, eleito por voto popular.

Governo de Eduardo Duhalde (2002-2003)

Corresponde a este período de governo a análise do PMOE. Destacam-se como estratégias do governo, no campo da odontologia preventiva, a fluoreação e as campanhas de educação para a saúde bucal. O programa possui um capítulo extenso que inclui mais de 50 ações para a saúde bucal, entre elas, a consulta de diagnóstico e urgência, a odontopediatria (assistencial e reabilitadora), as ações preventivas (aplicação de fluoretos e selantes), as ações assistenciais em adultos, a endodontia, a periodontia, a cirurgia buco maxilar, o diagnóstico radiográfico e a cirurgia buco maxilo facial (ARGENTINA, 2002). Os propósitos de governo de crescimento no setor seguridade social, tiveram a intenção de todas as obras sociais assegurem os mesmos serviços já que existiam discordâncias entre os serviços obrigatórios anteriores ao PMOE e os recursos humanos e materiais para sustentá-los.

Os propósitos de governo foram, durante a emergência sanitária, garantir o acesso à saúde de todos os beneficiários e proteger a saúde dos grupos mais vulneráveis como mulheres grávidas, crianças em idade escolar, idosos e outros grupos regulamentados por leis especiais pertencentes ao setor com ações focalizadas. O PMOE foi submetido a consideração de distintos atores do setor no marco do Diálogo Argentino, na Mesa Setorial de Saúde. O programa prevê a necessidade de atualização com a criação da Comissão de referência e um grupo de avaliação (ARGENTINA, 2002).

Em relação às organizações o documento se refere aos beneficiários e aos agentes de seguro social. Não foram achadas menciones sobre participação dos usuários nas propostas e necessidades ou capacitação permanente dos profissionais. A relação entre eles é mediada pelas obras sociais. Não foi possível confirmar, na análise do documento, a coerência entre a oferta, a capacidade de utilização e a estrutura física dos serviços. No entanto, o documento se destaca por contemplar a desigualdade dos usuários em relação a grupos etários e linhas de cuidados na saúde geral (ARGENTINA, 2002). Por outro lado, o MSAL e a Superintendencia de Servicios de Saúde (SSS), organismo oficial que regula e controla as obras sociais para garantir os direitos

em saúde dos beneficiários, não possuem dados sobre a quantidade e tipo de serviços na área da saúde bucal. Observamos como os recursos humanos e os beneficiários possuem uma relação intermediada por diferentes atores (SSS, agentes de seguro) sendo pouco abordado no PMO o empoderamento dos usuários e dos profissionais da saúde.

O PMO é uma base mutável de serviços, nutrido pelas novas tecnologias com um fim integral que supera o sufrágio econômico da prática médica/odontológica. A jurisprudência sustentou de maneira uniforme que o PMO não constitui uma limitação para os agentes de seguro e sim uma enumerativa da cobertura mínima, debaixo da qual nenhuma pessoa deveria colocar-se baixo nenhum conceito. Além disso, não necessariamente conforma um tope máximo. A Corte Suprema de Justiça da Nação considerou que o PMO contém lineamentos que devem ser interpretados em concordância com o princípio geral que garante à população o acesso aos bens e serviços básicos para conservar a saúde (JAIMARENA BRION, 2017).

Governo Néstor Kirchner (2003-2007) -Cristina Fernández de Kirchner (2007-2015)

Com a presidência de Néstor Kirchner, eleito em 2003, começa um período que abarca também a presidência de Cristina Fernández de Kirchner (2007-2015), ambos governos peronistas. A atualização do PMOE em 2005 integra as previsões da resolução 201/2002 junto com as ampliações, modificações e inclusões anexadas e que não modificaram os serviços destinados à saúde bucal (ARGENTINA, 2005). Portanto, os propósitos do governo foram de ampliação em outras áreas (como o acesso a medicamentos) sem involucrar a saúde bucal.

A este período também correspondem três documentos: o Programa Nacional de Saúde Escolar (PROSANE), política intersetorial criada em 2008 e atualizada em 2015; o Programa Sumar (PS) de 2012 e a criação da Direção Nacional de Saúde Bucal (DINASAB) em 2015.

Os propósitos do governo de ampliação continuaram com a política intersetorial do PROSANE. Como estratégias achamos o Controle Integral de Saúde e o Componente Seguimento e Prestação Oportuna de áreas específicas como a odontologia, a oftalmologia e a nutrição. Na área da saúde bucal, o objetivo é reconhecer as doenças habituais (cárie dentária, máoclusão) e a alta básica odontológica (inativação de cárie dentária, aplicação de fluoretos e ecovação supervisionada). O programa é coordenado com as províncias que aderem ao convenio e que devem articular os Ministerios de Saúde e Educação provinciais. O programa é

implementado tanto em escolas públicas como privadas de áreas urbanas e rurais em todo o território da Argentina, respeitando o princípio da inclusão social (ARGENTINA, 2015a).

O PS é a ampliação do Programa Nacer, um programa de seguro materno-infantil provincial criado em 2005, que teve grandes efeitos positivos reduzindo a 23% a probabilidade de baixo peso ao nascer e com 74% de redução de morte neonatal dos beneficiários do programa (BANCO MUNDIAL, 2013). A estratégia financeira é o desenvolvimento de seguros públicos provinciais de saúde em todo o país para patologias específicas de baixa incidência e alto custo, como o tratamento integral da fissura labiopalatal. O financiamento se baseia nos resultados obtidos entre as jurisdições e provedores de saúde que participam. A população sem cobertura explícita é priorizada (ARGENTINA, 2012).

Ao início do programa, os seguros públicos de saúde tiveram como população alvo as crianças entre 0-9 anos, adolescentes entre 10-19 anos e mulheres de 20-64 anos sem cobertura explícita em saúde. Em 2015, o programa foi ampliando a cobertura alcançando a toda faixa etária até os 64 anos (ARGENTINA, 2015b). O PS contemplou até junho de 2020, 17 serviços odontológicos, orientados por faixa etária, grupos vulneráveis e condições de vida, aos cuidados preventivos, os problemas bucais e as fissuras labiopalatais sem incluir ações assistenciais ou de recuperação. Os profissionais da saúde das equipes de APS são capacitados pelo PS que também elabora publicações como guias e estratégias. Os usuários acedem a materiais específicos para a população elaborados pelo MSAL. Neste ponto, podemos observar a enorme inequidade de oferta de serviços em saúde bucal entre o PMOE e o PS sendo que o primeiro possui acesso às especialidades odontológicas, o segundo só realizava até 2020 consultas de controle e alguns serviços básicos (tratamento temporário de cárie dentária em crianças e limpeza dental em mulheres grávidas).

Finalmente, a criação da DINASAB em 2015, o momento de maior protagonismo das políticas em saúde bucal, reconhece a necessidade de ampliar o acesso da população a diferentes serviços de saúde com o objetivo de promover equidade em saúde, incluindo a saúde bucal (ARGENTINA, 2015c), no marco da modificação parcial do esquema organizativo do MSAL. É função da DINASAB fortalecer o componente bucal da saúde dentro das políticas gerais propostas pelo MSAL, fortalecer as redes locais e regionais, articuladas em uma rede nacional de saúde bucal baseada na extensão, e consolidação da estratégia da APS, reforçando a capacidade de resposta do setor saúde na promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde bucal. A DINASAB (ARGENTINA, 2015c, p.1, tradução nossa) deve:

Desenvolver estratégias de capacitação dos recursos humanos com critério interdisciplinar [...] e unificando critérios sobre as melhores práticas de atenção em saúde bucal. Incluir indicadores de saúde bucal nos sistemas de informação e notificação sanitária da Argentina, realizar campanhas de comunicação e conscientização social e promover e desenvolver investigações científicas que orientem a definição de políticas em saúde bucal.

A Direção de Políticas de Saúde Bucal possui um papel fundamental na formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas em saúde bucal, no fortalecimento de redes, na incorporação do componente bucal em outras políticas de saúde e na criação de indicadores para serem incorporados aos sistemas de informação, entre outros.

Governo de Mauricio Macri (2015-2019)

Este período se destaca pela criação de programas em saúde bucal, programa para a população indígena e a criação da Cobertura Universal de Saúde (CUS). Os propósitos de governo são claramente expostos enquanto a autolegitimação/manutenção da realidade. Na análise do documento da criação do Programa Nacional de Saúde Para os Povos Indígenas em 2016, não foi achada nenhuma menção à saúde bucal ou recursos humanos da área da saúde bucal, sendo que ele é baseado na estratégia da APS. Além disso, não é especificada a composição da Equipe de Saúde do Primeiro Nível de Atenção sem mencionar a Equipe de Saúde Bucal como parte dele (ARGENTINA, 2016).

Os dois programas em saúde bucal criados em 2017, o Programa Nacional de Reabilitação Bucal (PNRB) e o Programa Nacional de Câncer Bucal (PRONACABU), possuem propósitos de legitimação da realidade. Observamos que o PNRB propõe brindar reabilitação buco dental, cobertura assistencial e provisão de próteses dentárias gratuitas a pessoas de baixos recursos e sem cobertura social, na Argentina, promovendo a inclusão social. Se bem que o PNRB tem foco nos grupos mais vulneráveis, com altos índices epidemiológicos de doenças bucais e dificuldade no acesso ao serviço odontológico, ele considera a reabilitação por fora da APS. Como estratégias, o programa deve garantir os recursos humanos, a capacitação deles, os recursos físicos e insumos para a confecção das próteses dentárias, a cobertura e qualidade de atenção, junto com o relevamento de dados epidemiológicos do território onde é aplicado o programa (ARGENTINA, 2017a).

O PNRB se compõe de duas etapas, a primeira conformada pelas unidades móveis (chamadas *trailers*), equipadas com consultório e laboratório de prótese dentária onde são articulados os programas da DINASAB (prevenção, promoção, assistência e reabilitação). A segunda etapa (ARGENTINA, 2017a; tradução nossa)

Aspira poder ampliar a atenção coordenando com outras entidades, aumentando o potencial produtivo, o volume de pacientes atendidos, os serviços realizados, incluir à população do programa preventivo e atingir 8.000 altas protéticas dos pacientes derivados dos outros programas da DINASAB [...] e manter a continuidade de atenção dos pacientes reabilitados.

Podemos observar que a meta da segunda etapa não menciona a saúde bucal, nem o acesso à saúde bucal, colocando no primeiro plano os serviços e o número de pacientes atendidos sem serem relacionados com outras variáveis. Em relação à reabilitação, “o tratamento protético corresponde ao terceiro nível de atenção” (ARGENTINA, 2017a, p.1). Portanto, o programa utiliza a terminologia tradicional dos três níveis de atenção sem mencionar a reabilitação como uma ampliação da APS. Além disso, o PNRB reconhece a falta de estudos epidemiológicos nacionais, baseando-se em estudos realizados em populações da América Latina (Chile e México). Isso pode ser interpretado como uma falta de interesse no investimento de estudos epidemiológicos provenientes do Estado.

O segundo programa criado em 2017, o PRONACABU (ARGENTINA, 2017b), tem como objetivos diminuir a morbimortalidade por câncer bucal na Argentina, criar uma rede assistencial capacitada para a detecção precoce, e realizar campanhas preventivas para a comunidade, entre outros. Foi concebido com um enfoque especial em populações vulneráveis que carecem de cobertura de obra social ou medicina pré-paga, mas sem prejuízo de atingir à totalidade da população com sua mensagem. O programa propõe articular com o Instituto Nacional do Câncer os registros de lesões pré-cancerosas e câncer bucal e estabelecer um registro nacional dessas lesões. Este programa está articulado, à estratégia da APS. O Programa de APS, que devia formar parte da DINASAB, não foi formalizado já que o projeto de Resolução Ministerial que propiciou sua criação não foi implementado (DINASAB, 2020). Os registros sobre incidência de câncer bucal e lesões pré-cancerosas não foram achados em bases de dados de livre acesso. A resposta do Registro Institucional de Tumores da Argentina (RITA), que depende do Instituto Nacional de Câncer (INC) do MSAL, foi que “o INC ainda não nucleia a informação de todos eles já que estão em processo de transição” (RITA, 2020).

Enquanto ao PROSANE, quando consultada a DINASAB, respondeu que “a articulação com o programa foi eliminada já que o PROSANE deixou de ter financiamento próprio e a sua

implementação nas províncias foi descontinuada no período 2015/2019” (DINASAB, 2020; p.2). Se bem que a ficha odontológica do programa possui dados sobre o índice CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados), quando consultado ao PROSANE sobre o valor do índice ao nível nacional, responderam que não possuem dados sobre o CPOD na planilha de controle integral. O último informe de resultados do PROSANE com dados sobre a saúde bucal da população alvo corresponde a 2014. O informe revelou uma necessidade de tratamento por cárie dentária de 54% e má oclusão de 18% em crianças de 5 a 13 anos de idade (ARGENTINA, 2014).

Outros documentos analisados relacionados à CUS permitem afirmar os propósitos de autolegitimação/ manutenção deste período de governo. O Regulamento da Estratégia da CUS (ARGENTINA, 2017c) possui objetivos de promoção, proteção à saúde, medicina preventiva e melhora dos determinantes sociais. Desenvolve a estratégia da APS junto com a estratégia financeira e a estratégia evidencia científica, porém, não foram achadas menções à saúde bucal. O Programa de Ampliação da Cobertura Efetiva em Saúde (PACES) (ARGENTINA, 2019) fundamenta-se na origem do Plano Nascer/Programa *Sumar* em 2004 e 2012 respectivamente e na sua ampliação em 2015, para passar a formar parte do PACES e que tem por objetivos gerais “incrementar a cobertura efetiva e equitativa de serviços de saúde priorizados para a população com cobertura pública exclusiva [...] a fim de lograr um sistema de saúde integrado” (ARGENTINA, 2019; anexo 1 a) com limite de idade até 64 anos.

Em relação as organizações, a DINASAB, através do sistema Telessaúde, capacita odontólogos que pertencem ao sistema público em todo o país como também realiza capacitações presenciais e sem prática. Em 2019, foram capacitados pela DINASAB aproximadamente 6.000 agentes (10% do total de odontólogos do país). Os usuários receberam, através de campanhas de promoção e prevenção, pasta dental (69.420 em crianças e 18.200 em adultos), escovas dentais (69.415 em crianças e 21.200 em adultos) e guias informativas (103.920 de APS, 90.420 de câncer bucal e 9.324 de periodontia). Foi informado um operativo na APS, na província de Buenos Aires (municípios de San Miguel e Quilmes), que atingiu uma população de 993 crianças e 1.006 adultos entre maio e outubro de 2017. O PNRB realizou entrega de 200 próteses em 100 pacientes entre junho e novembro de 2017 e 44 próteses em pacientes com deficiência no mesmo período (DINASAB, 2020). Os dados fornecidos permitem inferir que a saúde bucal neste período teve um acesso para a população muito baixo, enquanto o PNRB limitou-se à província de Buenos Aires com resultados mínimos.

Governo de Alberto Fernández (2019 até 2023)

Mediante a resolução 420/2020 do MSAL de 3 de março de 2020 (ARGENTINA, 2020a), foi substituída a denominação PACES pela denominação *Programa Sumar*, com o objetivo de lograr uma adequada identificação do programa citado por parte da população beneficiária e da sociedade argentina na sua totalidade, e da eficiente comunicação e difusão dele (estratégia simbólica). Podemos observar que esta resolução, no governo de Alberto Fernández, com Cristina Fernández de Kirchner como vice-presidente, deixa entrever a intenção de autolegitimação simbólica acontecida no governo de Macri.

Os propósitos de ampliação e crescimento neste período para o PS, se manifestaram na incorporação, dentro dos serviços básicos para a saúde bucal, de 4 novas vigentes desde junho de 2020 (tele consulta e orientação por sintomas agudos, urgências e emergências odontológicas, endodontia em todas as peças dentárias e restaurações de perda de tecido dentário) alcançando 21 serviços no total. Em relação à tratamento da fissura labiopalatal, o programa contempla a consulta odontológica, o tratamento ortopédico (em dentição primária e mista, e o pré-cirúrgico do recém-nascido) e a ortodontia em dentes permanentes (ARGENTINA, 2020b; ARGENTINA, 2020c). A denominada DINASAB passou a ser chamada 'Direção de Saúde Buco dental' e depende da Direção nacional de abordagem integral de enfermidades não transmissíveis.

Na atualidade, no contexto de pandemia pelo COVID-19 e a crise econômica mundial, colocou na agenda do governo a necessidade de uma reforma do sistema de saúde. Porém, existem vários atores envolvidos na discussão que precisará, para ser consolidada, uma lei nacional de saúde e provavelmente uma reforma constitucional que contemple a estrutura do sistema de saúde e que abarque a todas as jurisdições e subsetores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se, ao longo do período, diferenças entre os governos peronistas, com propósitos de ampliação e crescimento, e o governo de Macri (partido mudemos) com propósitos de autolegitimação. No entanto, os governos não tiveram propósitos de transformação estrutural na área da saúde bucal. Estratégias de ação por faixa etária e linhas do cuidado foram consideradas pelo PS a partir de 2012, porém, grupos específicos como populações indígenas não possuem um programa de saúde bucal de alcance nacional.

Observamos nos documentos analisados ausência de menção da Equipe de Saúde Bucal e sim do profissional odontólogo como parte da equipe em políticas intersetoriais. Assim, essas políticas vigentes desarticuladas e com cortes no orçamento, expõem a escassa legitimidade e forte dependência à estratégia financeira delas. Os usuários possuem baixa menção na maioria dos documentos com mais protagonismo a partir do PS. A Argentina possui um atraso significativo em levantamentos epidemiológicos nacionais em saúde bucal e falta de sistemas de informação de livre acesso na área da saúde bucal ao longo do período estudado.

Dentro das limitações deste estudo, podemos considerar que a análise documental não manifesta o processo de discussão na formulação das políticas sendo escassa a visibilidade das pressões e interesses de diversos atores, mas permite analisar uma política elaborada dentro de um propósito governamental. No entanto, uma das vantagens deste estudo, é que todos os documentos analisados foram elaborados pelo MSAL, em paralelo com as informações específicas solicitadas a vários setores do MSAL, portanto refletem o pensamento estratégico sobre a saúde bucal, dos diversos governos ao longo dos últimos 20 anos.

O PMOE, que transcendeu cinco governos, e o PS três governos, continuam sendo os eixos principais de atenção à saúde bucal das populações do setor seguridade social e público respectivamente. Se bem que as diferenças na oferta de ações em saúde bucal entre ambos os programas começaram a diminuir, ainda continuam sendo importantes. A saúde bucal, direito de todos os argentinos, requiere ser colocada na agenda do Estado como prioridade indissociável da estratégia da APS para que as pessoas alcancem uma maior qualidade de vida e igualdade de oportunidades.

REFERÊNCIAS

ARGENTINA. Ministerio de salud. Decreto 455/2000. **Marco estratégico-político para la salud de los argentinos**. 8 de junio de 2000. Disponível em:

<<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/63270/norma.htm>>

Acesso em 1 de dez. 2020

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Resolución 201/2002. **Programa Médico Obligatório de Emergencia**. MSAL. 2002. Disponível em:

<<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/73649/norma.htm>>

Acesso em 20 abr. 2020.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Resolución 1991/2005. **Ampliación del Programa Médico Obligatório de Emergencia**. MSAL. 28 de diciembre de 2005. Disponível

em: <<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=2776>> Acesso em 26 de janeiro 2021.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Resolución 1195/2012. **Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud**. Boletín oficial n°32461 p.18. 16 de agosto de 2012.

ARGENTINA. Ministerio de salud. Programa Nacional de salud escolar PROSANE. **Reporte anual 2014 - Análisis de la situación de salud de niños, niñas y adolescentes de escuelas de nivel primario de la república argentina**. 2014b. 73 p. Disponível em <

<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000734cnt-report-2014-2017.pdf>>

Acesso em 21 mar. 2020.

ARGENTINA. Ministério de Salud. Resolución 11/2015 del 9 de marzo de 2015. **Programa Nacional de Salud Escolar- Cambio de Denominación**. Boletín oficial 13 de marzo de 2015 n° 33.089 p. 8 2015a.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. **Ampliación del Programa Sumar**. 2015b. Disponível em: <<http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000164cnt-diptico-informacion-institucional.pdf>> Acesso em 1 de dezembro de 2020.

ARGENTINA. Administración Pública Nacional. Decreto 580/2015 de 14 de abril de 2015. **Creación de la Dirección Nacional de Salud Bucodental y la Dirección de Políticas de Salud Bucodental.** Boletín Oficial 15 de abril de 2015. 2015c.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Resolución E 1036/2016. **Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas.** Boletín Oficial n° 33429 p.38 de 29 de julio de 2016.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Resolución E 754/2017. **Programa Nacional de Rehabilitación Bucal.** Boletín Oficial, 21 de abril de 2017a.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Resolución E 754/2017. **Programa Nacional de Cáncer Bucal.** Boletín Oficial, 26 de junio de 2017b.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Resolución E 1.551/2017. **Reglamento Ejecutivo para la CUS.** Boletín Oficial, 26 de setiembre de 2017c.

ARGENTINA. Ministerio de Salud de la Nación. **Análisis de Situación de Salud República Argentina.** Edición 2108. Ministerio de Salud de la Nación: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2018. 123 p.

ARGENTINA. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Secretaría de Gobierno de Salud. Resolución 518/2019. **Créase el Programa de Ampliación de la Cobertura efectiva en salud- PACES.** Boletín oficial n° 15515/19 del 14 de marzo de 2019.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Resolución 420/2020. **Sustituye la denominación PACES por Programa Sumar.** Boletín oficial n° 11158/20 v. 3 de marzo de 2020a.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. **Ampliación del Programa Sumar. 2020c.** Disponible en: <<https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-lanzo-el-nuevo-plan-de-servicios-del-programa-sumar-para-todo-el-pais>> Acceso en: 1 de diciembre de 2020b.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Secretaría de Equidad en Salud. Dirección de Salud Bucodental. **VIII Jornada de implementación del nuevo plan de servicios de salud (PSS) del Programa Sumar.** Prestaciones para el cuidado de la salud bucodental. Octubre de 2020c.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Programa Sumar. Disponible en: <<https://www.argentina.gob.ar/salud/sumar>> Acceso en: 26 de enero de 2021.

BANCO MUNDIAL. **Resultados del Plan Nacer Argentina**. Disponível em <<https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2013/09/24/argentina-plan-nacer-resultados-concretos-para-la-madre-nino>> Acesso em 8 de janeiro de 2021.

CETRÁNGOLO, O. D. Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. **Revista de economía política de Buenos Aires**, Buenos Aires: UBA v. 13, p. 145-183, 2014. Disponível em <http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/ecopoli/ecopoli_v8_n13_05.pdf> Acesso em 19 dec. 2019.

CHAVES, S.; MOYSÉS, S. Política e saúde: conceitos básicos e abordagens teórico-metodológicas para análise política em saúde bucal. In: CHAVES, S. C. L. organizadora. **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 13-46.

DATASETS. Ministerio de Saúde da Nação Argentina. **Datos públicos de organismos del gobierno de la República Argentina**. Disponível em <<http://datos.salud.gob.ar/dataset>> Acesso em 26 de janeiro de 2021.

DINASAB. Direção de Saúde Buco dental. Direção Nacional de Abordagem de Enfermidades não Transmissíveis. Ministério de Saúde da Nação Argentina. **Trâmite a distância** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <draborda@gmail.com> em 8 de julho de 2020.

FDI. Federación Dental Internacional. **El Desafío de las Enfermedades Bucodentales. Una llamada a la acción global**. Atlas de Salud Bucodental. 2ª ed. Genebra: Federación Dental Internacional (FDI); 2015.

FEDERICO, L. **Análise política em saúde: a contribuição do pensamento estratégico**. Salvador: EDUFBA, 2015.

GBD 2017. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, v.392, n 10159, p.1789–1858, 2018. Disponível em <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)> Acesso em 2 mar. 2020.

GONZALEZ RIVAS, M. La salud bucal en la República Argentina. **Observatorio Iberoamericano de Políticas Públicas de Salud Bucal**. San Pablo, Brasil: 2018.p.18-29
Disponível em <https://issuu.com/mainesk/docs/espanhol_-_final> Acesso em 20 out. 2019.

JAIMARENA BRION, G. Dels. Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina. Ministério de Salud de la Nación Argentina. **Programa Médico Obligatório**. Marzo de 2017. Disponível em <<https://salud.gob.ar/dels/entradas/programa-medico-obligatorio>> Acesso em: 26 de janeiro de 2021.

KRIPKA *et al.* Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. Artículo de revisión. **Revista de investigaciones UNAD**. Bogotá - Colombia n. 14, julio-diciembre 2015.

RITA. Registro Institucional de Tumores da Argentina. Instituto Nacional do Câncer. Ministério de Saúde da Nação Argentina [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <draborda@gmail.com> em 17 de junho de 2020.

SOUZA J., KANTORSKI L. P., LUIS M. P. V. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago. 2011.

TESTA, M. Mario Testa e o Pensamento Estratégico em Saúde. In: URIBE RIVERA, F. J. (Ed.). **Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico**: Pensamento Social e Saúde. 2º ed. São Paulo, Brasil: Cortez Editora Ltda, 1989.

VELAZQUEZ GAVILANES, R. Hacia una nueva Definición del concepto “política pública”. **Desafíos**, v 20, enero-junio 2009 p. 149-187. Disponível em <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359633165006>> Acesso em 25 de janeiro de 2020

6.2 Artigo 2

POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL, NO PERÍODO DE 2000-2020

ORAL HEALTH POLICIES IN BRAZIL, IN THE PERIOD 2000-2020

Maria Gabriela Borda

Ynara Bosco de Oliveira Lima-Arsati

Thereza Christina Bahia Coelho

RESUMO

O objetivo deste estudo é analisar as políticas de saúde bucal no Brasil, conforme o Postulado de Coerência proposto por Mario Testa. Trata-se de uma análise documental das principais diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, Política Nacional de Atenção Básica e de políticas intersetoriais como a Política Nacional de Promoção da Saúde e o Programa Saúde na Escola. Foram analisadas as estratégias propostas pelos governos para reorganizar o modelo de atenção em saúde bucal no contexto da atenção básica em saúde, junto com os propósitos do governo e as organizações envolvidas, no período 2000-2020. Os achados demonstraram uma maior coerência entre a Política Nacional de Saúde Bucal e as políticas implantadas até 2016, com propósitos transformadores e de crescimento. Encontrou-se diferenças entre os propósitos dos governos progressistas e neoliberais. A partir de 2017, os propósitos do governo de legitimação e manutenção manifestaram-se em uma importante diminuição do acesso à saúde bucal, junto com a instabilidade política atual e a crise econômica mundial. O estudo pretende contribuir na área do planejamento e gestão e na aplicação das políticas públicas em saúde bucal.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas de saúde, Políticas públicas de saúde, Saúde bucal.

ABSTRACT

This study aims to analyze oral health policies in Brazil, according to the Coherence Postulate proposed by Mario Testa. This is a Documental Analysis of the main guidelines of the National Oral Health Policy and intersectoral policies such as the National Health Promotion Policy and the Health at School Program. We analyze the strategies proposed by governments to reorganize the model of oral health care in the context of primary health care, along with the purposes of the government and the organizations involved, in the period 2000-2020. The finding demonstrated a greater coherence between the National Oral Health Policy and the policies implemented until 2016, with transformative and growth purposes. We found differences between the purposes of progressive and neoliberal governments. As of 2017, the government's purposes of legitimation and maintenance have manifested itself in a major decrease in access to oral health, along with current political instability and the global economic crisis. The study intends to contribute to the area of planning and management and in the application of public policies in oral health.

KEY WORDS: Health policy, Public health policy, Oral Health.

INTRODUÇÃO

As políticas públicas abarcam o conjunto de políticas sociais que são estabelecidas no âmbito de um Estado e a política de saúde corresponde a uma de entre outras políticas sociais estabelecidas pelos Estados (PINTO *et al.*, 2014). Segundo Paim (2003), a política de saúde pode ser entendida como a ação u omissão do Estado, diante dos problemas de saúde e seus determinantes sociais, ambientais e culturais. O instrumento operacional das políticas públicas é um conjunto sistêmico de ações programadas e articuladas, com o objetivo de atender uma demanda pública específica que é definido como programa público. Portanto, deveriam formar parte das prioridades das políticas públicas dos governos (ROSSI; FREEMAN; LIPSEY, 2019).

O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde beneficiando cerca de 75% dos brasileiros. Abarca toda a população com ações de promoção e prevenção da saúde, já que o SUS também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção de vigilância sanitária, como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos (NUNES, 2000). É regido por alguns princípios e diretrizes que são: universalidade, integralidade, equidade, regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e participação popular. O SUS atende todo o país. Por isso é formado por vários órgãos em todas as esferas (federal, estadual e municipal) que têm funções diferentes e que garantem que o Sistema funcione (CASTRO, *et al.*; 2019).

O SUS tem a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como eixo estruturante da atenção à saúde no Brasil, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) o principal elemento de capilarização da Atenção Primária à Saúde (APS) no país. As Equipes de Saúde da Família (EqSF) atuam em territórios definidos, de forma multiprofissional, para realizar a atenção integral à população. Entre os profissionais que atuam na Saúde da família, podemos destacar o Cirurgião-Dentista (CD), o Técnico de Saúde Bucal (TSB) e o Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) que compõem a Equipe de Saúde Bucal (ESB) (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2011a).

As políticas públicas em saúde bucal dialogadas e formuladas no princípio do século XXI, dentro de um contexto histórico favorável de construção do SUS/PNAB, surgiram ante a necessidade de ampliar as ações de saúde bucal para a população brasileira. Foram concretizadas com a implantação do Programa Brasil Sorridente (PBS) no ano 2004, articulado à ESF, sendo hoje uma das maiores políticas públicas de saúde bucal no mundo (BASSO *et al.*, 2019). A implementação da PNSB através do PBS teve, ao longo dos anos, algumas modificações em relação aos princípios e objetivos, à modalidade e atribuições da ESB, com a finalidade de ajustar a PNSB à PNAB (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2017).

Além disso, outras políticas de saúde implantadas no período, articulam-se com a PNSB o que faz necessário analisar o conjunto de políticas de saúde associadas para compreender os avanços na área da saúde bucal no Brasil nas últimas décadas (GIOVANELLA, *et al.*; 2020).

Deste modo, algumas perguntas necessitam ser investigadas: quais os propósitos dos governos relacionados às políticas de saúde bucal do Brasil e as estratégias propostas para alcançá-los? As ações designadas às ESB e o papel dos usuários são coerentes com os princípios e diretrizes das políticas orientadas à saúde bucal? Sendo assim, é preciso o desenvolvimento de estudos que efetivamente reflitam sobre a relação entre os propósitos do governo, as estratégias para alcançá-los e as organizações que participam no desenvolvimento das ações odontológicas na Atenção Básica à Saúde (ABS). O estudo se propõe analisar as políticas de saúde bucal no Brasil, no período de 2000 a 2020.

METODOLOGIA

Trata-se de uma análise documental que consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica. A análise documental se propõe extrair um reflexo objetivo da fonte original, permitir a localização, identificação, organização e avaliação das informações contidas no documento, além da contextualização dos fatos em determinados momentos. Objetiva a transformação das informações, visando torná-las mais compreensíveis para correlacioná-las com os demais dados oriundos de outras fontes. (SOUZA *et al.*, 2011).

Este estudo, que tem por objeto as políticas públicas dos governos destinadas a melhorar a saúde bucal da população do Brasil, balizou a análise documental na teoria de Mario Testa no campo da política, planejamento e gestão em saúde, especificamente o Postulado de Coerência. Testa (1992) considera que os propósitos de um governo podem ser definidos enquanto legitimação, crescimento ou transformação (TESTA, 1995; FEDERICO, 2015). Por outro lado, existem as técnicas, métodos, destrezas e habilidades (as estratégias) de um governo para conduzir o processo social em relação aos seus propósitos.

As organizações se constituem em elemento importante para a análise das políticas de saúde. São espaços onde um determinado ator recebe as demandas e exigências que o projeto do governo lhe impõe. O componente organizacional tem para o autor uma relevância especial pela potencialidade de contribuir decisivamente na transformação da sociedade devido a sua capacidade estruturante sobre o nível básico (FEDERICO, 2015).

A coleta de dados foi realizada entre os meses de julho e dezembro de 2020, utilizando como principal fonte, o site oficial do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2020). Os documentos do MS constituem uma fonte primária de dados e são de caráter público. Assumiu-se como critérios de inclusão do documento na amostra, pertencer à esfera nacional, transcender temporalmente pelo menos um período de governo estando atualmente vigente, o texto fazer referências à inclusão/articulação da saúde bucal na ESF ou discutir entre diferentes setores a atenção da saúde bucal (intersetorialidade). Os critérios de exclusão foram a perda de vigência ou não implementação após a formulação.

Foi realizada uma análise das políticas públicas em saúde bucal, com a metodologia de análise de conteúdo de Bardin (1997). No primeiro momento foram preparadas as informações (leitura do material, eleição dos documentos acorde aos objetivos da pesquisa, codificação dos materiais). Logo o conteúdo foi transformado em unidades de análise, classificação das unidades em categorias a fim de reduzir os dados dos documentos, descrição e interpretação das categorias. Os dados foram organizados com o auxílio do *software* ATLAS.ti versão 8. As categorias analíticas pré-definidas foram: Propósitos do Governo, constituída por os princípios e objetivos elaborados nas diretrizes das políticas de saúde bucal, leis e portarias; Estratégias do Governo, governos; e Organizações, com um recorte sobre os usuários e os recursos humanos com a intenção de compreender a coerência entre os processos de trabalho e o papel dos usuários.

Tendo em consideração as probabilidades de risco da investigação em saúde, é possível estabelecer que esta pesquisa utiliza dados que são de domínio público e que não representam risco já que não invadem a intimidade das pessoas. Os documentos foram analisados e interpretados mediante o modelo da Figura 1.

Figura 1- Modelo de análise e interpretação de dados

Propósitos do governo ↓	Estratégias do governo ↓	Organizações do governo ↓
Princípios e objetivos ↓	Estrutura e modalidade ↓	Atribuições da ESB e Usuários ↓
Manutenção SUS/APS/Saúde Bucal	Composição e estrutura da ESB na ESF	Responsabilidade dos profissionais
Ampliação do Acesso aos serviços de Saúde Bucal	Modalidades da ESB	Capacitação
Transformação/Reorganização do Modelo de Atenção em Saúde Bucal	Linhas do cuidado e por Faixas etárias	Vínculo/ intersectorialidade
	Ações assistenciais e de reabilitação de saúde bucal na rede SUS	Participação dos usuários na construção das políticas
	Ações de promoção e prevenção	Papel do Usuário

Fonte: Elaboração das Autoras

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como antecedentes à PNSB mencionamos a importância da portaria 267/GM de 6 de março de 2001 (BRASIL, 2001), durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), que tem o propósito de melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira a partir da inclusão da saúde bucal na ESF como forma de reorganização de esta área no âmbito da APS. Inicialmente, a proporção determinada foi de uma ESB para duas EqSF, resultando a cobertura na média de 6.900 habitantes por cada ESB. Em 2003, no governo de Luiz Inácio Lula da Silva (Lula) a portaria 673 GM/MS estabelece que podem ser implantadas ESB quantas forem as EqSF em funcionamento nos municípios (BRASIL, 2003). Portanto, em ambos os momentos houve continuidade, primeiro como incorporação da ESB a ESF e segundo, como crescimento da ESB dentro do SUS.

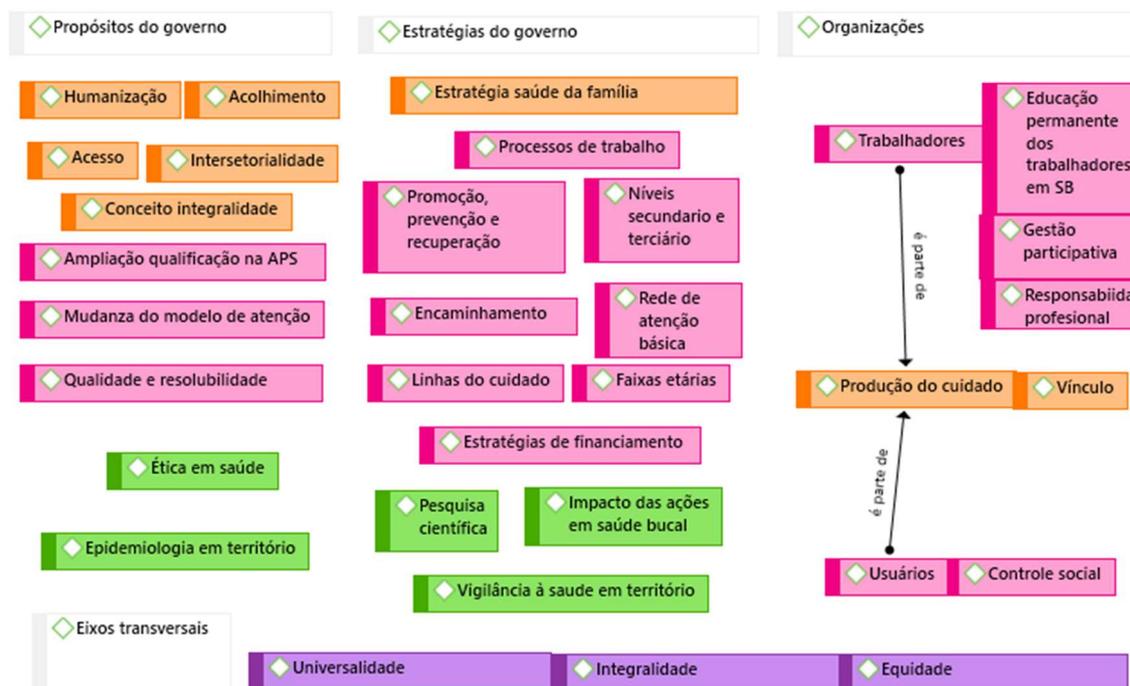
Observamos no Quadro 1 os documentos escolhidos, em ordem cronológica, segundo os critérios de inclusão e exclusão para a análise e as principais características deles.

Quadro 1- Principais elementos dos documentos em saúde bucal analisados entre 2000 e 2020 no Brasil

DOCUMENTO ANALISADO	PRINCIPAIS OBJETIVOS/ELEMENTOS	GOVERNO
Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, Programa Brasil Sorridente. 2004	Qualificação da APS. Acesso, Rede de atenção básica, integralidade e vínculo. Uso da epidemiologia, atuação na vigilância a saúde.	Lula
Portaria nº 1.570 MS, de 29 de julho 2004	Implantação e habilitação de CEOs e Laboratórios regionais de prótese dentária	Lula
Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde, 30 de março de 2006	Política transversal, integrada e intersetorial, que dialoga com as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, os setores privados e não-governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde.	Lula
Política Nacional de Atenção Básica 2006: Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006	Acesso universal e de qualidade segundo o princípio da equidade. Longitudinalidade do cuidado. Avaliação dos resultados, participação popular e controle social.	Lula
Programa Saúde na Escola. Decreto 6.286, 5 de dezembro de 2007	Fica instituído, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, o Programa Saúde na Escola - PSE, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde	Lula
Diretrizes do componente indígena da PNSB, de 19 de abril de 2011	Organização da atenção à saúde bucal dos povos indígenas no âmbito do SUS [...] respeitando a autonomia, as diferenças culturais e o mosaico extremamente diversificado formado pelos povos indígenas do Brasil	Dilma
Política Nacional de Atenção Básica 2011: Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011	Alto grau de descentralização, humanização. Vínculo e responsabilização entre as equipes e a população associada. Ampliar a autonomia dos usuários e capacidade do cuidado à sua saúde	Dilma
Rede de cuidados às pessoas com deficiência. Portaria nº 793, 24 de abril de 2012	Orientações aos profissionais da Rede de Atenção do SUS, sobre o cuidado odontológico à pessoa com deficiência, na lógica da integralidade e da humanização e de acordo com padrões estabelecidos por evidências científicas.	Dilma
Política Nacional de Atenção Básica 2017: Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017	Regionalização e hierarquização. Territorialização, população associada. Cuidado centrado na pessoa. Resolutividade, coordenação e longitudinalidade do cuidado. Ordenação da rede e participação da comunidade. Acesso-necessidades.	Temer

Fonte: Elaboração das Autoras

Figura 2- Análise da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil implantada em 2004.



Fonte: Elaboração das Autoras

Ao longo do período, observamos que as principais políticas relacionadas e articuladas à saúde bucal aconteceram no período de governo Lula-Dilma. A Figura 2 representa a análise da PNSB implantada em 2004. Os princípios de humanização, acolhimento, acesso, intersetorialidade e integralidade estão fortemente associados à ESF, com a intencionalidade da produção do cuidado e do vínculo entre as organizações envolvidas (Figura 2). Acharmos propósitos de ampliação e qualificação na APS, mudança do modelo de atenção, qualidade e resolubilidade que se relacionam especificamente com a saúde bucal mediante as estratégias de promoção, prevenção e recuperação articulando todos os níveis de atenção (com encaminhamentos e a utilização da rede de atenção básica). O conceito de ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária se refere ao aumento da oferta de diversidade de procedimentos necessários junto com investimentos (BRASIL, 2004a).

Destacam-se as linhas do cuidado, as faixas etárias e as estratégias de financiamento. Assim, as ESB (os trabalhadores) possuem gestão participativa, responsabilidade profissional e educação permanente. Por sua vez, os usuários são estimulados a exercer o controle social (Figura 2). Finalmente, a ética em saúde e a epidemiologia em território são acompanhadas por

estratégias de pesquisa científica, vigilância em saúde e impacto da saúde bucal no território (Figura 2). Todos os achados são atravessados pelos princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 1988).

A partir dos documentos analisados apontam-se três eixos dentro das políticas em saúde bucal. As políticas em saúde bucal propriamente ditas: PNSB, a portaria nº 1.570 MS e o componente indígena da PNSB; a PNAB e finalmente as políticas que se articulam com a saúde bucal de maneira intersetorial como a Política Nacional de Promoção da Saúde, o Programa Saúde na Escola e a Rede de Cuidados às pessoas com Deficiência.

Observam-se três períodos do governo com diferentes propósitos e estratégias em saúde bucal. O primeiro é o governo de FHC (1995-2003) que mencionamos como antecedente à PNSB. Os propósitos do governo foram de ampliação ao incorporar à ESB dentro da ESF (BRASIL, 2001). O segundo período corresponde aos governos de Lula (2003-2011) e Dilma (2011-2016), ambos do mesmo partido político eleitos por voto popular, com propósitos do governo de transformação entre 2003 e 2009 e de crescimento e ampliação entre 2011 e 2016. Por fim, o período Temer (2016-2019) - Bolsonaro (desde 2019 até 2020, continuando na atualidade). O primeiro, empossado após o *impeachment* da titular Dilma e o segundo eleito por voto popular. Corresponde a este período a análise da PNAB 2017 e sua implementação. Aachamos propósitos de manutenção/autolegitimação do governo, ao mesmo tempo que o acesso à saúde bucal tem diminuído desde 2017 (CHAVES, *et al.*, 2018) e, no último ano, tem sido afetado pela pandemia COVID-19 (ARAÚJO, *et al.*, 2020).

Os documentos selecionados para a análise correspondem aos governos Lula-Dilma e Temer-Bolsonaro. Portanto, dividiremos a discussão nos períodos mencionados.

Governo Lula-Dilma

O governo de Lula com a implementação da PNSB (B.D.1) propõe a reorganização da saúde bucal na ABS e a reorientação do modelo de atenção através da ampliação e qualificação das ações nos espaços da Saúde da Família. Os princípios de ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade civil formam parte da política implementada (BRASIL, 2004a). Conforme o modelo da análise (Figura 1), os princípios e objetivos, que em 2001 eram de crescimento apenas das ESB, a partir de 2004 passam a ser voltados para o aumento da cobertura e acesso da população a uma APS em saúde bucal ampliada e integral com a implementação dos Centros de Especialidade Odontológica (CEOs) (BRASIL, 2004b; PUCCA, *et al.*, 2015; ROSSI e CHAVES, 2015).

Cabe esclarecer que os princípios e objetivos da PNSB foram estabelecidos considerando os princípios do SUS como eixos norteadores. Esses princípios asseguram a participação de diversos atores representados por profissionais da saúde, usuários, gestores e prestadores de serviço em todas as esferas do governo, na definição da política de saúde bucal, buscando assim, assegurar o controle social.

A PNSB estabelecia que as unidades da atenção básica deveriam se articular com toda Rede de Atenção de Saúde (RAS), utilizando a epidemiologia como estratégia de planejamento e territorialização, os indicadores, a vigilância à saúde, a saúde da família dentro da APS, e a educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal. Configurava-se assim, uma série de propósitos orientados ao desenvolvimento de ações visando a reorientação do modelo de atenção (BRASIL, 2004a).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), criada em 2006 começa fazendo uma crítica ao modelo biomédico, carente de resultados que modifiquem os determinantes do processo saúde-doença. Dando continuidade ao processo de criação do SUS, inclui o conceito ampliado de saúde, a participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a “impossibilidade do setor sanitário de responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população” (BRASIL, 2010, p.1).

A promoção da saúde é uma estratégia intersetorial do SUS retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento e que estreita sua relação com a vigilância em saúde, o exercício da cidadania, o trabalho e a organização em rede, a produção ativa de todos os sujeitos envolvidos na produção da saúde e de gestões compartilhadas como estratégia de articulação transversal. A garantia da saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, como também à formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer (BRASIL, 2010).

A intersectorialidade é interpretada como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, da troca de saberes e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem. Esta política se articula com o Programa Saúde na Escola (PSE) e com as diretrizes para a promoção da alimentação saudável. O PSE foi criado em 2007 com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica a través de ações de prevenção e promoção a atenção à saúde (BRASIL, 2007).

O PSE é instituído como a estratégia para a articulação e integração permanente entre as políticas e as ações de saúde e educação, junto com as diretrizes de territorialidade, intersetorialidade, interdisciplinaridade e integralidade; controle social, monitoramento e avaliação permanente. Para a sua implantação, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem aderir ao PSE mediante o termo de compromisso. Para concretizar a estratégia do PSE existem, entre outras, as estratégias nutricionais, de avaliação clínica, de higiene bucal, auditiva e psicossocial (BRASIL, 2007).

A PNAB/2006 manteve continuidade com os princípios da PNSB, ainda reforçando a ideia de estimular a participação dos usuários como forma de ampliar a sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à saúde das pessoas e coletividades do território, demonstrando alinhamento ao propósito de melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira, através da ampliação do acesso para buscar transformar a realidade (BRASIL, 2006).

Tanto a PNAB/2006 como a PNAB/2011 balizaram a mudança do modelo assistencial, diretriz presente na PNSB/2004 (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011a).

Porém, essas mudanças podem ser interpretadas como princípios do governo de transformação entre o período 2003 até 2009, incluindo a PNSB, a implantação dos CEOs e laboratórios de prótese dentária em 2004, a PNPS em 2006, a PNAB em 2006 e o PSE em 2007. Dando continuidade à PNSB, a portaria nº 1.570 MS de 2004 (BRASIL, 2004d), faz ênfase, como propósitos do governo na rede especializada de serviços odontológicos, a integralidade, a ampliação e qualificação na APS, o acesso e a articulação com os níveis secundário e terciário.

A partir de 2011 os propósitos do governo são claramente de crescimento e ampliação já que incluem o componente indígena do Programa Brasil Sorridente em 2011 e a PNAB/2011 que amplia a cobertura para populações específicas e novas modalidades de ESB. Nesse sentido, a PNAB/2011 trouxe grandes ampliações na modalidade das ESB e na abrangência dos grupos específicos da população (BRASIL, 2011a; BRASIL 2011b).

Na análise da categoria estratégias do governo (Figura 1), podemos observar que a estrutura necessária para o trabalho da ESB está inserida no contexto das Unidade de Saúde da Família (USF), sendo composta pelo espaço físico dos consultórios, equipamentos, materiais disponíveis e uma proposta de fluxo dos usuários para garantia de referência aos serviços odontológicos de maior complexidade. Os profissionais da EqSF e ESB devem possuir, preferencialmente, uma jornada de trabalho de 40 horas semanais, conforme a PNAB 2006/2011.

Os equipamentos são doados pelo MS, de acordo com a portaria MS/GM nº 2.372 de 7 de outubro de 2009 (BRASIL, 2009) o que significou um grande avanço em relação à portaria 1444/2000 que previa um auxílio financeiro fixo de R\$ 5.000 para a aquisição de equipamento, o que fazia aos municípios terem que gastar recursos. Atualmente, a Infraestrutura, os recursos materiais, os equipamentos e insumos, são garantidos pelo MS, na esfera do governo federal, para o conjunto de ações propostas para esses serviços (BRASIL, 2008a). Estas informações elucidam as estratégias financeiras presentes na Figura 2.

As estratégias do governo enunciadas em 2004 foram o atendimento de portadores de necessidades especiais, o diagnóstico e detecção de câncer bucal, a oferta de especialidades de periodontia, endodontia, cirurgia bucal menor e prótese dentária. O propósito de ampliação e qualificação da APS se articula com as ações de prevenção e controle de câncer bucal, implantação e aumento de unidades de pronto atendimento, a inclusão de procedimentos mais complexos na APS, y a inclusão da reabilitação protésica na APS. O propósito de ampliação do acesso teve como objetivo superar o modelo biomédico de atenção às doenças e a inclusão social (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b).

Analisando as modalidades das ESB, na PNSB/2004 duas modalidades da ESB possuem responsabilidades sanitárias pela mesma população e território que a EqSF, sendo que a PNAB/2006 (BRASIL, 2006) recomendou que cada equipe seja responsável por no máximo de 4000 habitantes. Ou seja, ocorreu uma ampliação progressiva da assistência que se manteve na PNAB/2011 (BRASIL, 2011a). As equipes de APS para populações específicas, como as EqSF Ribeirinhas que incluem a ESB, começaram a ser introduzidas na PNAB/2011, junto com a Unidade Odontológica Móvel como outra modalidade da ESB.

Em relação aos profissionais que compõem a ESB (Figura 2) houve modificações devido à Lei nº 11.889, de 24/12/2008, que regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal (TSB) e de Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), deixando de existir a figura de THD e ACD referida nos documentos anteriores a esta (BRASIL, 2000; BRASIL, 2004a; BRASIL, 2006) porém, ampliando as responsabilidades de cada profissional, e outorgando-lhes mais autonomia (BRASIL, 2008b). O TSB aumentou as responsabilidades nas ações de promoção, radiografias, ações educativas, participação de relevamentos de estudos epidemiológicos e treinamento do ASB. O ASB aumentou responsabilidades nas ações de promoção e educação e acolhimento. As responsabilidades dos CD foram ampliadas no que se refere a prótese dentária, em coerência com a ampliação da APS e as novas regulamentações

das profissões de TSB e ASB que conseguiram mais autonomia e profissionalização (BRASIL, 2011a). Sendo assim, a partir da PNAB/2011 a ESB é conformada pelo CD o TSB e o ASB.

As atribuições da ESB e dos usuários, nossa terceira categoria analítica (Figura 1), foram-se ampliando desde a PNSB até a PNAB. As principais incorporações têm a ver com o território, o gerenciamento, o acolhimento e uso de novas ferramentas como a telessaúde. A PNAB/2006 possui treze atribuições comuns para os membros das equipes de APS. Destacam-se a integralidade, a notificação de doenças e situações de importância local, o planejamento e avaliação das ações da equipe, a educação permanente e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na APS. A PNAB/2011 outorga dezoito atribuições comuns aos membros das equipes de APS continuando com as mencionadas e agregando as reuniões da equipe, a responsabilidade pela continuidade da atenção e estabelecimento do vínculo e a readequação dos processos de trabalho (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011a).

A ESB está habilitada para o gerenciamento de insumos necessários, registro de informação da APS e programas sociais informando condições de saúde das famílias beneficiadas. Enquanto à acesso a ESB avalia as necessidades da população residente ou itinerante (o usuário pode ser atendido fora de sua área de cobertura) podendo realizar visitas domiciliares, em escolas, associações ou outro tipo de moradia desde 2001.

Para finalizar a análise das políticas implementadas no período dos governos Lula-Dilma, em relação à saúde bucal, abordaremos a Portaria nº 793 de 2012, que contempla como ponto de atenção para as pessoas com deficiência os CEOs. Segundo o documento, os CEOs “deverão ampliar e qualificar o cuidado às especificidades da pessoa com deficiência que necessite de atendimento odontológico no âmbito das especialidades definidas pelos CEOs” (BRASIL, 2012a, p.2).

A Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é responsável pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência. Além disso, contempla a ampliação e o acesso tanto como a qualificação da atenção à saúde para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar e nas urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim (BRASIL, 2012a).

Embora os resultados do último levantamento epidemiológico nacional (BRASIL, 2012b) realizado em 2010 sejam satisfatórios (mostrou mudança no perfil epidemiológico das

doenças bucais), alguns dos resultados estão associados ao perfil da prática odontológica que ainda tendem a reproduzir o modelo biomédico dominante orientado para ações clínicas e restauradoras com ênfase nas ações preventivas direcionadas aos escolares. Em relação aos dados epidemiológicos de 2010, observa-se uma diminuição da carga de doenças bucais da população brasileira, entre eles queda do componente cariado e aumento do componente obturado no índice CPOD, crianças livres de cárie, uma população adulta com mais dentes na boca, entre outros. Observa-se que o Brasil passou a fazer parte do grupo de países com baixa prevalência de cárie aos 12 anos, segundo critérios da OMS, com índice CPOD de 2,1 em 2010 (BRASIL, 2012b).

Governo Temer-Bolsonaro

A partir de 2016 até 2020, durante o período de governo Temer-Bolsonaro, as políticas em saúde bucal não tiveram ampliação ou transformação. Em 2017, a PNAB (BRASIL, 2017) declara princípios do governo de manutenção/autolegitimação. A PNAB/2017 traz aparentes atribuições sobre o acesso (gestão das filas de espera, encaminhamentos desnecessários, fluxos assistenciais nas RAS), mas não robustas ou estruturais, e acompanhamento longitudinal do cuidado como conceito incorporado às atribuições comuns das equipes.

A PNAB/2017 contempla as três modalidades, o que deixa entrever uma tendência à manutenção e sem crescimento das modalidades da ESB com ausência de propostas de outras estratégias inovadoras em relação à aumento da cobertura, ao acesso e integralidade. O controle social é abordado na PNAB/2017 (B.P.9) dentro da participação da comunidade (usuários, gestores e profissionais) para estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações em saúde na APS e a competência cultural no cuidado. A intenção é ampliar a autonomia e a capacidade na construção do cuidado à saúde, tanto própria como das coletividades do território (BRASIL, 2017). O vínculo resulta das ações do acolhimento e da qualidade da resposta (clínica ou não) recebida pelo usuário (BRASIL, 2004c). Salientamos que ainda não há obrigatoriedade da presença de profissionais de saúde bucal na composição das equipes na APS. Portanto, a PNAB/2017 não amplia a composição das equipes de Atenção Básica tradicional e no caso das EqSF não houve avanço já que a ESB é opcional. O estudo de Lucena, *et al.* (2020) realizou um monitoramento quantitativo de ESB implantadas na ESF após a PNAB 2017. Os autores concluíram que os municípios que reduziram a quantidade das ESB foram das regiões Sul e Nordeste, com maior desigualdade social e maior população. E isso pode impactar

significativamente no acesso da população aos serviços de saúde bucal do SUS, principalmente de aqueles que mais o necessitam (LUCENA, *et al.*, 2020). O que deixa entrever, que os propósitos de manutenção da realidade e não de crescimento ou ampliação, foram corroborados na prática.

Além de aspectos relativos à assistência, o PBS junto com o PSE realiza uma ação interministerial implementada desde 2008. Em 2017, 18 milhões de escolares foram atendidos em ações de saúde em todo o Brasil (BRASIL, 2020). Porém, não foram achados, nas bases de dados oficiais, informações atualizadas referentes à 2018 e 2019, sinalizando que não houve atualização dos sistemas de informação.

Podemos destacar que em relação às jornadas de trabalho de 40 horas semanais das equipes de saúde, várias portarias foram flexibilizando a carga horária dos profissionais das EqSF e ESB ao longo do tempo (BRASIL, 2019b; BRASIL, 2019b; BRASIL, 2019c; BRASIL, 2020). Em relação aos usuários algumas das estratégias de participação e controle social são as consultas públicas-recomendações elaboradas pelo MS para implementação e operacionalização.

Segundo Chaves *et al.* (2018), apesar da implantação da PNSB ter sido mantida entre 2015 e 2017, os indicadores de acesso (primeira consulta odontológica programada, e a ação coletiva de escovação supervisionada) apresentaram uma importante redução. Na análise histórica do indicador ação coletiva de escovação supervisionada, realizada entre 2008 e 2017, mostrou que o ano 2010 foi realizado o maior número dessas ações no Brasil alcançando a 63.527.864, quando comparado com o ano 2017 as ações passaram a ser 29.556.869, menos da metade (CHAVES, *et al.*, 2018).

O contexto político e socioeconômico que atravessa o Brasil, coloca em evidência o desmonte de uma das maiores políticas em saúde bucal do mundo. Realça-se a Emenda Constitucional (EC) n° 95 aprovada em 2016, que estabeleceu teto de gastos para as despesas primárias permitindo apenas correção anual para recompor perdas inflacionárias (BRASIL, 2016). Neste ponto, pode-se observar como a estrutura do financiamento impõe pressão sobre o exercício profissional impactando na saúde da população.

A análise comparativa dos três momentos da PNAB, permite inferir que a PNAB/2011 foi a que trouxe maior crescimento e ampliação, nas Redes de Atenção à Saúde, para a ESB e os usuários, pois o fortalecimento das ações de saúde bucal foi uma das bandeiras de luta dos governos petistas. Ampliou-se a acessibilidade da população que anteriormente ficava excluída como os moradores dos municípios de Amazônia Legal e Matto Grosso do Sul (populações

Ribeirinhas). Ao mesmo tempo que os usuários foram beneficiados com a incorporação de novas modalidades da ESB, se consolidava a implantação das ESB dentro da ESF (PUCCA, *et al.*, 2015; OLIVEIRA PINHO, *et al.*, 2015).

Assim, o Brasil apresentou uma conjuntura política favorável para a inserção da saúde bucal no SUS durante os governos de Lula-Dilma, com propósitos do governo de estabilidade e sustentabilidade dos programas ao longo do tempo, baseados na determinação social, equidade, universalidade, intersetorialidade e longitudinalidade. A partir de 2016, durante os governos Temer-Bolsonaro observou-se uma conjuntura desfavorável para a APS e propósitos do governo de diminuição do financiamento à saúde que afetaram o acesso à saúde bucal dos brasileiros. Porém, a PNSB ainda não é uma política de estado o que faz necessário transcender aos governos para permanecer ao longo do tempo, principalmente durante crises econômicas e pandemias como a COVID-19 que levam a reorganizar a prestação dos serviços, sem deixar de manter os serviços essenciais para a continuidade de cuidados (OPAS, 2020).

Observou-se, ao longo do período, diferenças de divulgação das diretrizes das políticas durante os governos Lula e Dilma (manuais específicos para atenção básica, CEOs e uso de fluoretos) em comparação com os governos de Temer e Bolsonaro, que propõem trazer o mesmo conteúdo em formato de livro, pouco dialogando com o uso de fluoretos. Entretanto, a publicação mencionada engloba as especialidades de ortodontia preventiva e interceptativa como uma das novidades, junto com a abordagem de pacientes com necessidades especiais (BRASIL, 2018).

Os princípios e objetivos da PNSB, foram construídos em direção à mudança do modelo assistencial, buscando o protagonismo para os usuários na construção do cuidado à saúde das pessoas e coletividades do território. Este ponto ainda continua como um dos principais desafios. A estratégia da transversalidade nas áreas da ESB e a ESF pode ser um caminho para a readequação do modelo de atenção.

Dentro das limitações deste estudo, podemos considerar que a análise documental não expressa o processo de discussão, de diálogo e o embate entre os diversos atores, mas sim uma política pronta, seguramente elaborada dentro de um propósito governamental. No entanto, uma das vantagens deste estudo, é que todos os documentos analisados foram elaborados pelo MS, portanto refletem o pensamento estratégico sobre a saúde bucal no SUS, dos diversos governos ao longo dos últimos 20 anos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência da PNSB, implantada no Brasil há 17 anos, confirma que é possível considerar a saúde bucal dentro da agenda das prioridades dos países, pois os impactos do Programa Brasil Sorridente melhoraram a saúde bucal da população brasileira e a sua qualidade de vida, aumentando a inclusão social. Porém, é preciso dar continuidade na construção das políticas em saúde bucal e das políticas intersetoriais com o compromisso de vários atores, entre eles, os usuários, os gestores, os profissionais, os formuladores de políticas e os pesquisadores. No que se refere as estratégias e objetivos, eles devem ser abordados no território para obter uma maior coerência com as necessidades da população e baseados em evidências científicas para alcançar os resultados desejados.

O desenvolvimento e expansão do SUS ao longo do tempo é outro exemplo da importância de políticas e leis relacionadas à gestão no território e à ampliação da cobertura dos serviços de saúde. No entanto, as políticas de austeridade fiscal introduzidas no Brasil a partir de 2016 podem afetar a sustentabilidade o que faz necessário o fortalecimento do SUS no contexto da PNAB.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J.L.; OLIVEIRA, K.K.D.; FREITAS, R.J.M. In defense of the Unified Health System in the context of SARS-CoV-2 pandemic. **Rev. Brs.Enferm.** Brasília, v 73, supl. 2, e20200247, 2020.

BASSO, M. B. *et al.* A construção da rede de atenção à saúde bucal no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2155-2165, junho 2019. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602155&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 abr. 2020.

BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1997. 176 p.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição** da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.444**, 28 de dezembro de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 267/GM** de 6 de março de 2001. Brasília, DF, 7 de março de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 673**. Brasília, DF, junho de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de saúde Bucal. **Diretrizes da Política de Saúde Bucal**. Brasília, DF. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.570**. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. 2004d. Diário Oficial da União 15 set. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde, Departamento de Atenção Básica; 2006.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 6.286. Programa Saúde na Escola**. DOU 6 de dezembro de 2007; p.2 col. 2.; 2007.

BRASIL. Ministério da saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2008a.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 11.889** de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.372**, 7 de outubro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde/MS.** Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7; 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60 p.

BRASIL. **Diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).** Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde, Departamento de Atenção Básica; 2011a .

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do componente indígena da PNSB.** 2011b. Brasília, DF. 19 de abril de 2011b. 11 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793.** Institui redes de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS. DOU, 25 de abril de 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais.** Brasília, DF, 2012b. 116 p.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95.** Brasília, DF; 2016 dezembro 16.

BRASIL. Ministério de Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS.** 22/09/2017 Edição: 183.Seção: 1. Página: 68. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde Brasília:** Ministério da Saúde; 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930** de 15 de maio de 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 639,** 30 de maio de 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.539,** de 26 de setembro de 2019c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 397,** de 16 de março de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: < <http://saude.gov.br/legislacao-da-saude> > Acesso em 15 de setembro de 2020.

CASTRO, M.C.; MASSUDA, A.; ALMEIDA, G.; MENEZES-FILHO, N.A.; ANDRADE, M.V.; DE SOUZA NORONHA, K.V.M.; ROCHA, R.; MACINKO, J.; HONE, T.; TASCIA, R.; GIOVANELLA, L.; MALIK, A.M.; WERNECK, H.; FACHINI, L.A.; Atun R. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **Lancet.** 2019 Jul 27;394(10195):345-356.

FEDERICO, L. **Análise política em saúde: a contribuição do pensamento estratégico.** Salvador: EDUFBA, 2015.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, abr. 2020. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401475&lng=pt&nrm=iso >. Acessos em 02 set. 2020.

GOMES, C. B.; GUTIERREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1327-1338, abr. 2020. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401327&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 27 jan. 2021.

LUCENA, E.H.G; LUCENA C.D.R.X.; ALEMÁN, J.A.S.; PUCCA JÚNIOR, G.A.; PEREIRA, A.C.; CAVALCANTI, Y.W. Monitoramento das equipes de saúde bucal após a Política Nacional de Atenção Básica 2017. **Rev. Saude Publica**, v 54, n 99, 2020. Disponível em <[Monitoring of oral health teams after National Primary Care Policy 2017 | Revista de Saúde Pública \(usp.br\)](#)> Acesso em 1 de fevereiro de 2021.

OLIVEIRA PINHO, J.R.; SOUZA, T.C.D.; BILAS BÔAS, M.D., CASTRO MARQUES, C.P., NEVES P.. Evolução da cobertura das equipes de saúde bucal. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent**, v.69, n 1. Jan/mar; 2015.

OPAS. Organização Pan-americana da Saúde. **Fortalecer a resposta do sistema de saúde à COVID-19**. 1 de abril de 2020.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 587-603.

PINTO, J. C. *et al.* Ciclo de uma política pública: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: PAIM, J. ALMEIDA-FILHO, N. de. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014, p.69-81.

PUCCA, G.A. JR; GABRIEL, M.; DE ARAUJO, M.E.; DE ALMEIDA, F.C. Diez años de una política nacional de salud bucal en Brasil: innovación, audacia y numerosos desafíos. **Revista de investigación dental**, v.94, n.10, p 1333-1337, 2015.

ROSSI, T. R. A.; CHAVES, S. C. L. Implementação da Atenção Especializada em Saúde Bucal em dois municípios na Bahia/Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro v 39 n. spe, p. 196-206, dez 2015. Disponível em < <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005186> > Acesso em 21 mar. 2020.

ROSSI, P. H.; FREEMAN, H. E.; LIPSEY, M. W. **Evaluation: A systematic approach**. 8. ed. Thousand Oaks: Sage, 2019. 341p.

SOUZA J., KANTORSKI L. P., LUIS M. P. V. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago. 2011.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas: ABRASCO, 1992. p.65-98.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica da programação**. Rio de Janeiro: São Paulo: HUCITEC, 1995. p. 15-97.

6.3. Artigo 3

POLÍTICAS EM SAÚDE BUCAL NA ARGENTINA E NO BRASIL: 20 ANOS EM PERSPECTIVA COMPARADA

ORAL HEALTH POLICIES IN ARGENTINA AND BRAZIL: 20 YEARS FROM A COMPARED PERSPECTIVE

Maria Gabriela Borda

Ynara Bosco de Oliveira Lima-Arsati

Thereza Christina Bahia Coelho

RESUMO

O seguinte estudo de caso tem por objetivo comparar as políticas em saúde bucal da Argentina e do Brasil, bem como dos principais indicadores de saúde bucal e das dimensões socioeconômica e ambiental no período 2000-2020. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e quantitativa que utilizou a metodologia de análise de conteúdo para comparar as políticas dos países com as Metas em Saúde Bucal 2020 propostas pela OMS como parâmetro. Os dados quantitativos foram analisados comparando indicadores selecionados para compreender o fenômeno da saúde bucal à luz da teoria da determinação social do processo saúde-doença, ao longo do período. Os achados revelam políticas mais robustas e articuladas no Brasil do que na Argentina. Os indicadores de saúde bucal apresentam perfis epidemiológicos com algumas diferenças. Enquanto, os indicadores de saúde geral, demográficos, de educação e serviços básicos são melhores na Argentina; os indicadores econômicos e de infraestrutura do tipo universal orientada à saúde bucal, como a fluoretação das águas favorecem a população brasileira. O acesso à saúde bucal no subsetor público e no SUS teve uma importante diminuição a partir de 2016 em ambos os países. Conclui-se que as políticas em saúde bucal jovens e em construção, implementadas entre 2000-2020 em cenários favoráveis, correm risco de continuidade em contextos de crise política e econômica o que pode aumentar iniquidades na saúde bucal. O estudo pretende contribuir na área da epidemiologia das doenças bucais, planejamento e gestão da saúde bucal.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas públicas de saúde, Saúde bucal. Barreiras ao acesso aos cuidados de saúde. Acesso aos serviços de saúde.

RESUMO

This case study aims to buy oral health policies in Argentina from Brazil, as well as the main oral health indicators and the socioeconomic and environmental dimensions in the period 2000-2020. This qualitative and quantitative research used the content analysis methodology to compare countries' policies with the goals for oral health 2020 proposed by the WHO as a parameter. We analyzed quantitative data by comparing selected indicators to understand the phenomenon of oral health in the perspective of the theory of social determination of the health-disease process, over the period. The finding reveals more robust and articulated policies in Brazil than in Argentina. The oral health indicators present epidemiological profiles with some differences. Meanwhile, general health, demographic, education, and basic service indicators are better in Argentina. The economic and infrastructure indicators of the universal type oriented to oral health, such as water fluoridation, favor the Brazilian population. Access to oral health in the public sub-sector and SUS has significantly decreased since 2016 in both countries. We conclude that the policies in oral health young and under construction, implemented between 2000-2020 in favorable scenarios, are at risk of continuity in context of political and economic crisis that can increase inequities in oral health. The study aims to contribute to the fields of epidemiology, planning, and management of oral health.

KEY WORDS: Barriers to Accessing Health Services Health Services Accessibility Public health policy, Oral Health.

INTRODUÇÃO

Quase a metade da população mundial sofre incapacidade por problemas bucais (prevalência estandardizada por idade: 48%), sendo provável que estas cifras continuem aumentando à medida que muitas populações seguem crescendo e envelhecendo (KASSEBAUM *et al.*, 2017). A maior prevalência (7,4%) e incidência (5,9 milhões de casos novos) de perda dentária total foi observada na América Latina Tropical e a maior prevalência de cárie dentária em dentes permanentes foi observada na América Latina Andina (54,9%), (KASSEBAUM *et al.*, 2017).

O estudo de LAMY *et al.* (2020), analisou a distribuição e os principais temas na literatura no campo da saúde bucal à luz da teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença (DSPSD), com foco nos países da América Latina observando um aumento significativo de 69,9% na produção científica para o período 2000-2017. Porém, a proporção dos estudos durante o período 1992 a 2017 (n=282) foi de 0,4% para a Argentina e 92,6% para o Brasil. Os autores Gomes *et al.* (2019) fizeram uma comparação entre escolares argentinos (n=241, Córdoba-CBA) e brasileiros (n=406, Belo Horizonte, MG) quanto à prevalência, gravidade, atividade e acesso ao cuidado de cárie dentária. Os autores relatam que, apesar de algumas diferenças, em ambos os países a cárie dentária ainda é um problema a ser enfrentado, bem como a falta de acesso aos serviços de saúde bucal.

Os países têm características estruturais comuns tais como o passado colonial; a inserção periférica no capitalismo mundial, vulnerabilidade à crise; democracias jovens e com longa trajetória de regimes autoritários; golpes de estado e flutuação política. Ademais, possuem uma industrialização parcial e economia dependente do setor terciário, com uma concentração de renda, desigualdades sociais e estancamento da pobreza na última década (MACHADO, 2018). Tanto a Argentina como o Brasil acumulam problemas econômicos que podem ser considerados decorrentes de políticas públicas que não estão direcionadas a garantir os direitos sociais e sim a favorecer interesses de grupos específicos.

As Metas em Saúde Bucal para 2020 (MSB2020) definidas em 2003 pela OMS junto com a FDI examinaram os objetivos de saúde bucal de diferentes países para determinar o melhor formato das novas metas mundiais. O formato escolhido permite a inclusão das metas e dos objetivos globais, também estimula a fixação de objetivos nacionais e locais. As MSB2020 podem ser um parâmetro tanto para a formulação das políticas em saúde bucal dos países como para avaliar programas e serviços de saúde bucal (HOBDELL *et al.*, 2003). Apesar

da existência de metas internacionais de saúde bucal para os anos 2000, 2010 e 2020, pouco se discute, na literatura internacional. Desse modo, é necessário questionar: quais os propósitos das políticas de saúde bucal de Argentina e Brasil e as ações propostas para alcançá-los? Em que medida as políticas sociais têm evoluído, nas últimas décadas, para a diminuição de iniquidades na saúde bucal? Em quais aspectos Argentina e Brasil avançaram mais e quais as lacunas e fragilidades mais importantes que ainda apresentam?

O objetivo deste estudo é comparar as políticas em saúde bucal dos países segundo as metas em saúde bucal da OMS para o ano 2020 e comparar indicadores de saúde bucal e indicadores da saúde geral relacionados às MSB2020, junto com indicadores das dimensões ambiental, econômica e social no período de 2000 a 2020 em ambos os países.

METODOLOGIA

Estudo de caso a partir de uma análise documental qualitativa das políticas públicas em saúde bucal e uma análise quantitativa das dimensões sociodemográfica, econômica e ambiental, bem como da saúde geral e saúde bucal no período 2000-2020 em ambos os países.

A Argentina é um país com baixa densidade de população e grande concentração na Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) (38,9%), maioritariamente urbana (92%). É o quarto país mais populoso de América Latina, depois da Colômbia, México e Brasil. A população estimada é de 45.376.763, sendo que a composição atual da população argentina está influenciada pela grande imigração europeia, junto com os povos originários (2,24%) e afrodescendentes (3,3%). O PIB total do país em 2019 foi de 449.664 milhões de dólares (INDEC, 2020; ARGENTINA, 2020a).

O Brasil é o maior país de América do Sul. Possui baixa densidade demográfica. Possui uma população estimada de 212.392.713 (IBGE, 2020a). A distribuição populacional é bastante desigual, com maior concentração da população nas zonas litorâneas, principalmente do Sudeste e da Zona da Mata nordestina. Outro núcleo importante é a Região Sul. Possui uma população indígena de 0,42% e, segundo a PNAD 2019, uma população parda (46,8%) e preta (9,4%) que no total representam 56,2% da população do país. O PIB total do país em 2019 foi de 1.847.796 milhões de dólares (IBGE, 2010; IBGE, 2020b).

No que tem a ver com o contexto, Argentina e Brasil juntos representam 63% da área total de América do Sul, 60 % de sua população, 61% de seu PIB e formam parte do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) (CEPAL, 2020; IBGE, 2020a).

A fonte de dados para a Argentina foram as plataformas do Ministério da Saude Argentino (MSAL) Legisalud, DEIS, SISA, DATASET, INDEC e consulta a distância ao MSAL. Para o Brasil, as plataformas do Ministério da Saúde Brasileiro (MS), DATASUS, E-GESTOR e IBGE. A partir da ausência de dados na Argentina em algumas áreas e subsetores, da fragmentação dos dados, da falta de indicadores de cobertura em saúde bucal e de acesso à saúde bucal surgiu a necessidade de adaptar indicadores para a Argentina de cobertura e acesso. A coleta de dados foi realizada entre julho e dezembro de 2020, com uma média de 90 dias para cada país.

A metodologia para a análise qualitativa se baseou na análise de conteúdo de Bardin, considerada como o tratamento do conteúdo de forma a apresentá-lo de maneira diferente do original, facilitando sua consulta e referencição de forma conveniente, por intermédio de procedimentos de transformação (BARDIN, 1997). Foram analisadas as principais políticas e programas em saúde bucal selecionados segundo os critérios de inclusão: pertencer à esfera nacional, transcender pelo menos um período do governo e explicitar em seus conteúdos a saúde bucal ou pertencer a programas intersetoriais que contemplam a saúde bucal e/ou a organização da APS. Os critérios de exclusão foram a perda de vigência ou não implementação após a formulação.

Os documentos que deram origem aos programas e as suas atualizações foram codificados por país e submetidos a análise com o auxílio do *software* Atlas. ti versão 8. Para realizar a comparação das políticas, as MSB2020 foram o parâmetro. A primeira meta é promover a saúde bucal e minimizar o impacto das doenças bucais sobre a saúde geral e sobre o desenvolvimento psicossocial, com ênfase nas populações mais afetadas por essas condições. A segunda meta é minimizar o impacto das manifestações bucais e craniofaciais sobre os indivíduos e a sociedade e usar essas manifestações para o diagnóstico precoce, a prevenção e o tratamento eficaz (HOBDELL *et al.*, 2003). No Quadro 1 se apresenta a matriz de análise. A categoria analítica apriorística principal foi ‘propósitos do governo’ e, as categorias analíticas secundárias emergidas, equidade/determinação social, integralidade e intersetorialidade.

Quadro 1- Matriz de análise das principais políticas e programas em saúde bucal na Argentina e no Brasil 2000-2020.

OBJETIVO	CATEGORIA ANALÍTICA	CATEGORIA ANALÍTICA SECUNDÁRIA	OBJETIVO SECUNDÁRIO	CATEGORIA OPERACIONAL
Comparar as políticas em saúde bucal dos países segundo as metas em saúde bucal da OMS para o ano 2020 como parâmetro.	Propósitos do Governo	Equidade-Determinação social	Prioridade e ênfase nas populações mais vulneráveis ou específicos	Programas destinados a grupos vulneráveis ou específicos
		Integralidade	Determinar diagnóstico precoce prevenção e gestão eficaz de enfermidades sistêmicas	Programas por linha de enfermidades sistêmicas Programas de promoção à saúde geral integrados a SB
		Intersetorialidade	Minimizar o impacto das doenças bucais na saúde geral e desenvolvimento psicossocial	Programas focados no diagnóstico precoce de doenças bucais
			Minimizar o impacto das manifestações orais das doenças gerais e usar essas manifestações para o diagnóstico precoce, prevenção e gestão eficaz das enfermidades sistêmicas	Programas intersetoriais

Fonte: Elaboração das Autoras

Os dados quantitativos foram analisados comparando os indicadores selecionados entre os dois países, com todos os dados disponíveis sobre os indicadores no período 2000 e 2020; para aqueles com diversos dados disponíveis ao longo do tempo, foi feita uma comparação longitudinal a través de gráficos descritivos e descrição tabular com o auxílio do programa Excel.

A dimensão da saúde bucal foi analisada sob dois enfoques. O primeiro (Tabela 1) considerou indicadores de saúde bucal das principais doenças bucais no período dos levantamentos epidemiológicos, indicadores de recursos humanos, físicos, de cobertura e ações em saúde bucal na APS. A cobertura na Argentina é considerada no subsetor público e no subsetor seguridade social e privado. Para o Brasil a cobertura analisada corresponde à cobertura do PBS no Sistema Único de Saúde (SUS). Os indicadores de acesso aos serviços de

saúde bucal foram a consulta odontológica programática em gestantes no subsetor público para a Argentina e a primeira consulta odontológica programática para o Brasil.

O segundo enfoque (Tabela 2), considerou indicadores de saúde geral ao longo do período de estudo relacionados às MSB2020 e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), agenda internacional para 2030, e que ambos os países fazem parte. Os indicadores taxa de mortalidade materna, taxa de mortalidade neonatal e razão de mortalidade infantil contribuem na avaliação dos níveis de saúde e desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais (ODS-ARGENTINA, 2020; ODS-BRASIL, 2020). Outros indicadores como baixo peso ao nascer e desnutrição crônica foram importantes em relação a associação desses indicadores com as alterações dentais como defeitos do esmalte dentário e maior susceptibilidade à cárie dentária (ACOSTA de CAMARGO, 2016; COSTA *et al.*; 2010).

A carga de morbidade das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é o indicador que mede a mortalidade por DCNT (câncer, diabetes, doença cardiovascular e doença respiratória crônica) sendo que uma delas, a diabetes, tem manifestações orais (OMS, 2020c). Outros indicadores escolhidos foram a prevalência por HIV na população entre 15 e 49 anos de idade, o consumo de tabaco, que possui manifestações orais e o consumo de álcool (PRADO; VACCAREZZA, 2017; PAULIQUE, N. C. *et al.*, 2017). Estes indicadores formam parte das metas do ODS 3: reduzir um terço as doenças não transmissíveis, aplicar controle ao consumo de tabaco e erradicar a epidemia AIDS para 2030. Todos os indicadores estão relacionados às MSB2020

Os indicadores sociodemográfico foram escolhidos sob parâmetro dos ODS e seus respectivos indicadores para o objetivo ‘Educação e Qualidade’ (ODS 4): assegurar a educação inclusiva, equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos e todas até 2030 e que todas as meninas e todos os meninos tenham acesso a um desenvolvimento de qualidade na primeira infância, eliminar as disparidades de gênero e garantir igualdade de acesso para todos à educação incluindo as pessoas com deficiência, povos indígenas e grupos vulneráveis. Os indicadores econômicos respondem em parte aos ODS 1 e 2 (erradicar a pobreza e fome zero, respetivamente), junto com outros indicadores que almejam informar sobre os obstáculos financeiros do acesso à saúde (ODS-ARGENTINA, 2020; ODS-BRASIL, 2020).

Os indicadores ambientais se baseiam no ODS 6. Alcançar o acesso universal e equitativo à água potável e segura para todos e o acesso ao saneamento e higiene adequados e equitativos para todos até 2030. (ODS-ARGENTINA, 2020; ODS-BRASIL, 2020). Além disso, o estudo pretende analisar a situação da universalidade da política de fluoretação das águas como parte fundamental das políticas de saúde bucal. Sendo assim, foi analisada a cobertura de água fluoretada, com e sem monitoramento e/ou heterocontrole, das províncias Argentinas e municípios do Brasil.

RESULTADOS

Observamos no Quadro 2 as políticas e programas achados no período de estudo coerentes às MSB2020 para realizar a análise comparativa. Como resultado as categorias analíticas que correspondem às MSB2020 então incluídas (ou não) de diferente maneira nos países.

Quadro 2- Políticas e programas em saúde bucal achados entre 2000-2020 na Argentina e no Brasil. Parâmetro: MSB2020

ARGENTINA	MSB2020	BRASIL	MSB2020
Programa Médico Obrigatório de Emergência (2002)	Equidade Integralidade	Programa Brasil Sorridente (2004)	Equidade Integralidade Intersetorialidade
Programa Sumar (2012)	Equidade Integralidade Intersetorialidade	Programa Saúde na escola (2007)	Equidade Integralidade Intersetorialidade
Programa Nacional de Saúde Escolar (2008)	Equidade Integralidade Intersetorialidade	Política Nacional de Promoção da Saúde (2006)	Equidade Integralidade Intersetorialidade
Programa Nacional de saúde para os povos indígenas (2016)	Equidade Integralidade	Programa Brasil Sorridente Indígena (2011)	Equidade Integralidade Intersetorialidade
Programa Nacional de reabilitação bucal (2017)	Equidade	Saúde bucal na Rede e Plano Nacional de pessoas com deficiência (2012)	Equidade Integralidade
Programa Nacional de Câncer Bucal (2017)	Equidade Intersetorialidade	Política Nacional de Atenção Básica (última revisão 2017)	Equidade Integralidade Intersetorialidade

Fonte: Elaboração das Autoras

No contexto atual, a Argentina possui a taxa de alfabetização mais alta da América do Sul e acesso à educação na primeira infância elevado (98,93% e 97,20% respectivamente) (ODS-ARGENTINA, 2016). A diferença da Argentina, o Brasil tem uma taxa de alfabetização similar aos países da Bolívia, Ecuador e Paraguai de 93,20% (nono lugar na América do Sul) e acesso à educação na primeira infância de 94,35% (UNESCO, 2019; ODS BRASIL, 2020). Ambos os países possuem um investimento em educação superior à média para os países de América Latina no ano 2017, sendo a média para os países de América latina de 5,1%. (BANCO MUNDIAL, 2017, UNESCO 2019).

Os indicadores de saúde bucal Argentina-Brasil no ano 2020 se apresentam na Tabela 1 e os indicadores de saúde geral entre 2000-2020 nos países, na Tabela 2.

Tabela 1- Indicadores de saúde bucal Argentina-Brasil, no ano 2020.

Variáveis	Argentina		Brasil
CPOD nacional aos 12 anos *	2,3		2,07
%necessidade de tratamento por cárie dentária (5-13 anos) *	54%		8,60%
% necessidade de tratamento por doença periodontal em adultos *	98%		17,80%
% Necessidade de tratamento por má oclusão (5-13 anos) *	18,20%		37,60%
incidência câncer bucal **	2,6		4,1
Mortalidade por câncer bucal**	0,95		1,7
Odontólogos c/ 10.000 habitantes***	10		16
Estabelecimentos para pessoas com deficiência no país ****	123		71
Cobertura populacional de programa intersectorial saúde-educação *	3%		40%
Cobertura e ampliação da APS	Subsetor Público: Programa Sumar	Subsetor Seguridade social e privado	SUS
Cobertura estimada na APS*****	36,7%	63,3%	74,76%
Cobertura estimada em saúde bucal *****	51,54%	-----	52,97%
% ações em SB na APS	28,50%	95,90%	77%
% ações em SB nos centros especializados	0%	4,10%	23%

Fonte: Elaboração das Autoras. * Argentina: CORA,2013; CORA,2009; ARGENTINA, 2014; Brasil: BRASIL, 2012 b; e PSE, 2019. ** IARC, 2018. *** Observatório Mundial da Saúde da OMS, 2020. **** Argentina: dados fornecidos pelo MSAL para esta pesquisa; Brasil: CNES, 2020. ***** Argentina: Programa Sumar e MSAL, 2020 até agosto de 2020; Brasil: e-Gestor, 2020 dados disponíveis em dezembro de 2020 (até setembro de 2020).

Tabela 2- Indicadores de saúde geral Argentina-Brasil 2000-2020

Variável	Argentina					Brasil				
	2001	2005	2009	2013	2017	2001	2005	2009	2013	2017
Mortalidade materna *	66	59	56	44	39	69	71	69	61	60
Mortalidade infantil 0-1 ano**				11,3	9,3				14,9	13,2
Mortalidade neonatal 0-28 dias **				7,3	6,4				10	8,5
Baixo peso ao nascer***				7,4	7,3	7,7			8,5	8,5
Desnutrição infantil até 5 anos %		8,2			7,9			7		
Risco de morte por DCNT %	20,6	18,9	17,8	16,1	15,8	24,4	20,8	19	17	16,6
Prevalência de HIV %	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5
Prevalência Consumo de tabaco %		23,3	20,6	17,4	14,8		17,3	15,3	13,2	11,4
Prevalência consumo de álcool %					67,4					40,3

Fonte: Elaboração das Autoras em base a Observatório mundial da saúde da OMS, 2020; CEPAL, 2020. * cada 100.000 nascidos vivos. ** cada 1.000 nascidos vivos. ***% de nascimentos.

A Tabela 3 permite observar o investimento e gastos em saúde ao longo do período de estudo para analisar obstáculos ao acesso em saúde, tanto como prioridade da saúde dos países.

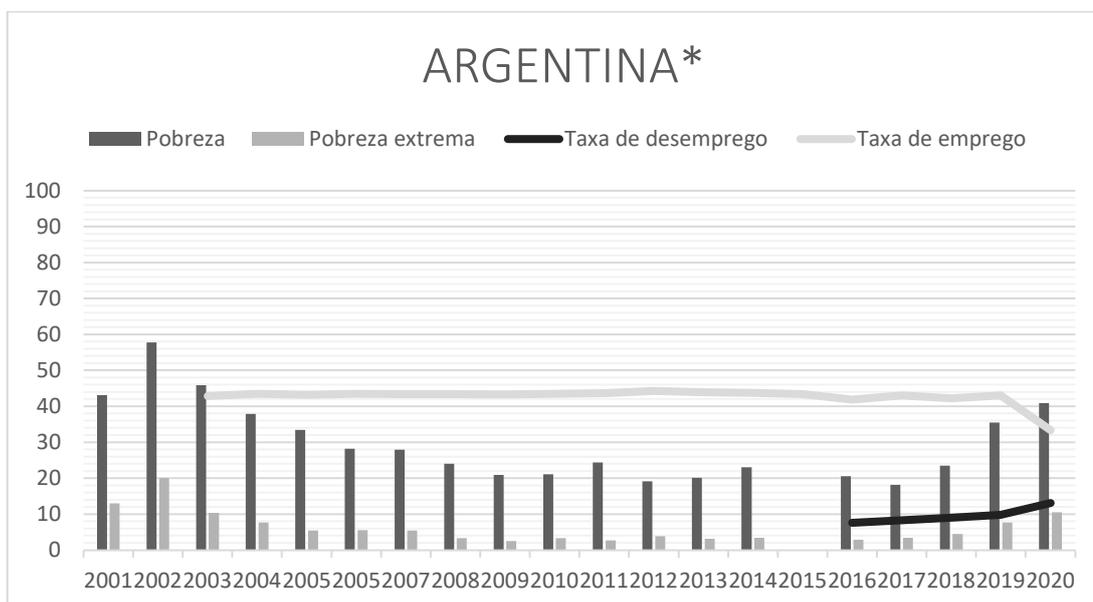
Tabela 3- Gasto em saúde e obstáculos financeiros Argentina-Brasil 2000-2020

VARIÁVEL	ARGENTINA					BRASIL				
	2000	2005	2009	2013	2017	2000	2005	2009	2013	2017
Dividir família e governo										
Investimento em saúde % PIB	8,5%	7,6%	9%	8,4%	9,1%	8,3%	8%	8,4%	8%	9,5%
Gasto da renda por família em transporte		-----	-----	-----	14%		-----	-----	-----	18,10%
Gasto público em saúde per capita *	705,2	390,1	742,8	1206,9	1324,6	311,7	383,3	717	974,5	928,8
Gasto como desembolso direto em saúde	29,1%	33,07%	22,54%	14,49%	15,02%	36,6%	35,88%	31,20%	28,20%	27,47%
Gasto privado % total em saúde	45,2%	47,40%	36,80%	25,20%	27,10%	58%	58,30%	55,70%	55,50%	58,10%

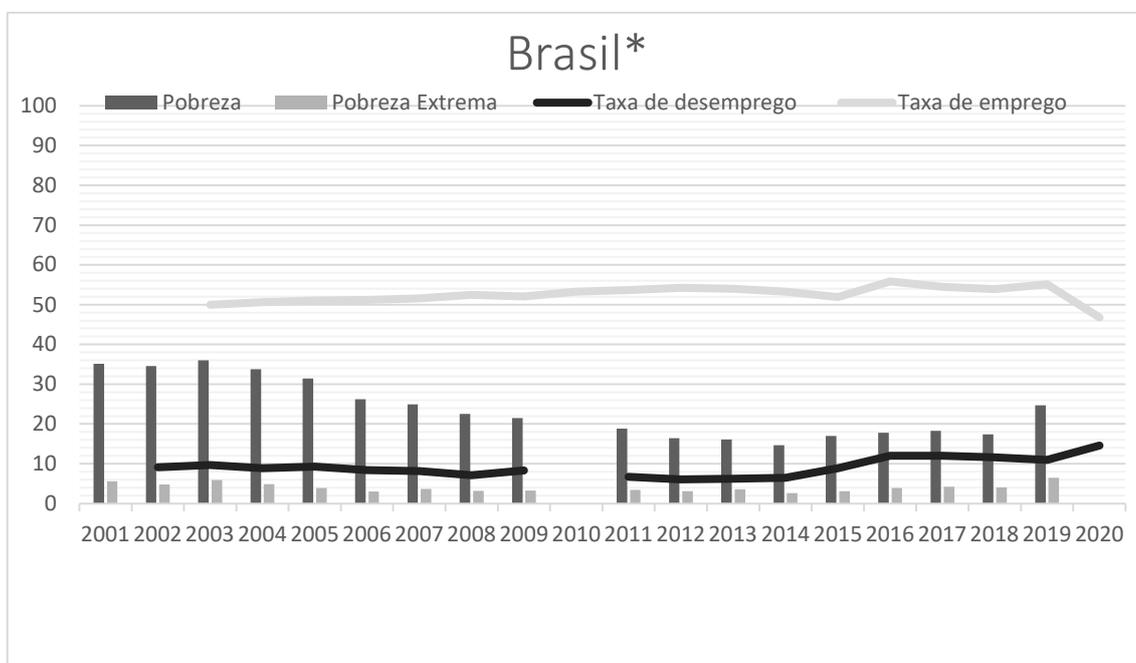
Fonte: Elaboração das Autoras e base a CEPAL, Observatório Mundial da Saúde (OMS), INDEC e IBGE. *Gasto público em saúde em U\$S estadunidenses por pessoa.

A dimensão econômica durante o período se completa com os resultados entre 2000-2020 sobre a evolução da pobreza, a pobreza extrema, a taxa de emprego e desemprego nos países (Gráfico 1 e 2).

O Gráfico 3 corresponde ao índice de GINI e índice de desenvolvimento humano ao longo do período.

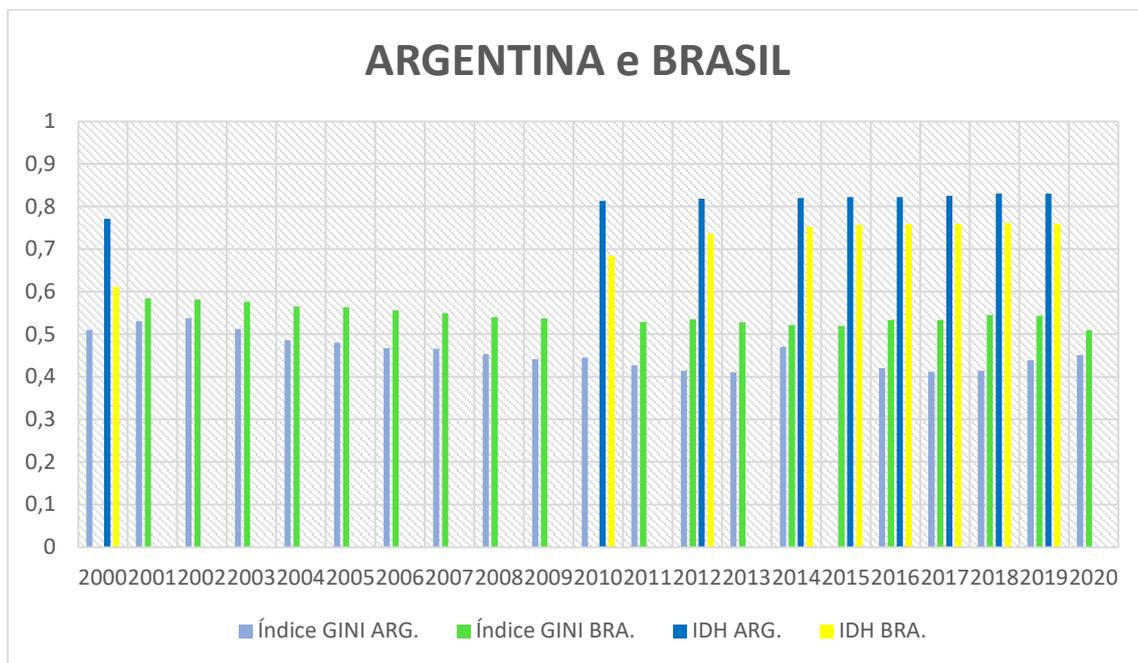
Gráfico 1- Indicadores de pobreza e emprego na Argentina 2000-2020

Fonte: Elaboração das Autoras em base na CEPAL 2020, INDEC 2020. *Os dados entre 2007 e 2015 são considerados com reservas pelo INDEC devido à emergência estatística. Dados até setembro de 2020.

Gráfico 2- Indicadores de pobreza e emprego no Brasil 2000-2020

Fonte: Elaboração das Autoras em base na CEPAL 2020, IBGE 2020b (PNAD contínua). *Ausência de dado ano 2010. Dados até setembro de 2020.

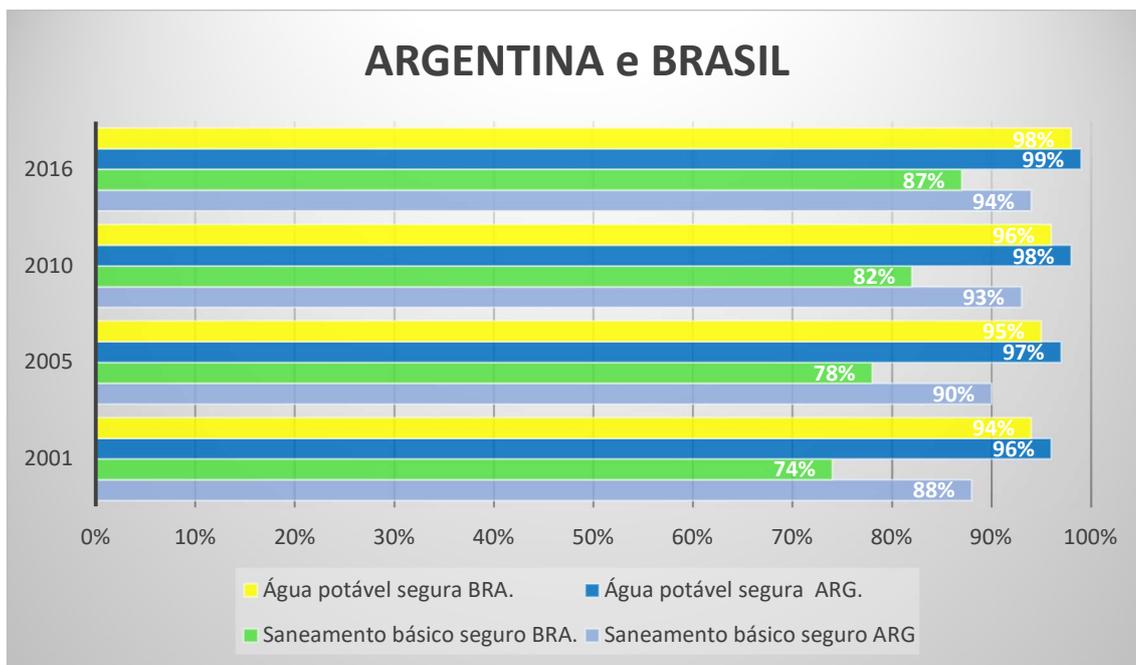
Gráfico 3-Índice de GINI e IDH, Argentina-Brasil 2000-2020



Fonte: Elaboração das Autoras em base ao BANCO MUNDIAL, 2020; INDEC, 2020 e IBGE, 2020c.

Na dimensão ambiental os dados disponíveis ao longo do período 2000-2020 para indicadores infraestrutura se observam no Gráfico 4.

Gráfico 4-Indicadores ambientais Argentina-Brasil 2000-2020



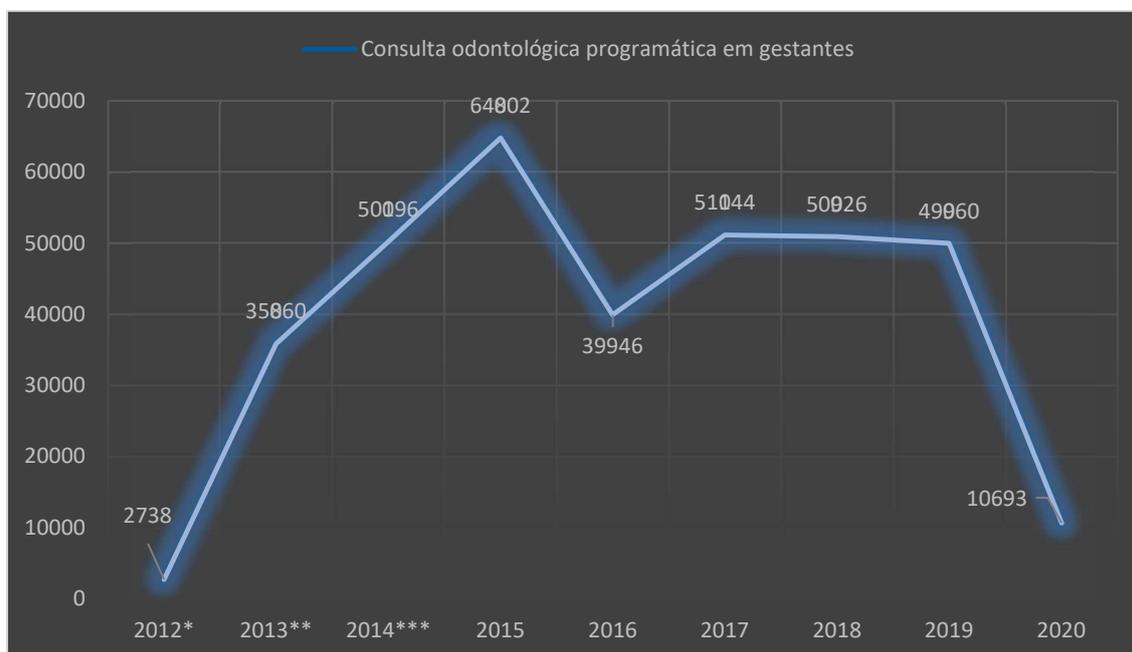
Fonte: Elaboração das Autoras em base no Observatório Mundial da Saúde da OMS, 2020c.

Outro indicador da dimensão ambiental é acesso à água fluoretada e ao monitoramento da concentração do flúor. Na Argentina, a única província que recebe flúor na atualidade de um programa próprio é a província de Jujuy. Seis províncias possuem programas de desfluoretação das águas (Jujuy, Santa Fe, Mendoza, La Pampa, Córdoba e Misiones) o que representa 30% das províncias, onde as concentrações de flúor natural superam as permitidas pelo Código Alimentar Nacional (ARGENTINA, 2019). Não foram fornecidos dados sobre monitoramento sistemático ou heterocontrole em nenhuma província argentina pelo MSAL para esta pesquisa (DINASAB, 2020).

No Brasil, os dados da Pesquisa Nacional de Saneamento Básico indicam uma cobertura com serviço de abastecimento de água por rede geral de distribuição em funcionamento com água fluoretada dos municípios brasileiros de 60,5% entre 2000-2008 e 92,8% de controle ao tratamento das águas em geral (IBGE, 2020b). Em 2017 os valores foram 61% dos municípios brasileiros com cobertura de água fluoretada e 95,5% de controle operacional da concentração de fluoreto na água, principalmente do tipo diário (77,2%), seguido por o monitoramento semanal, quinzenal e mensal, segundo a Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2017 (IBGE, 2020d).

Em seguida, apresentamos os indicadores de acesso à saúde bucal nos países. Os dados da Argentina estão representados no Gráfico 5.

Gráfico 5- Indicador de acesso à saúde bucal na Argentina no Programa Sumar (2012-2020). Consulta odontológica programática em gestantes

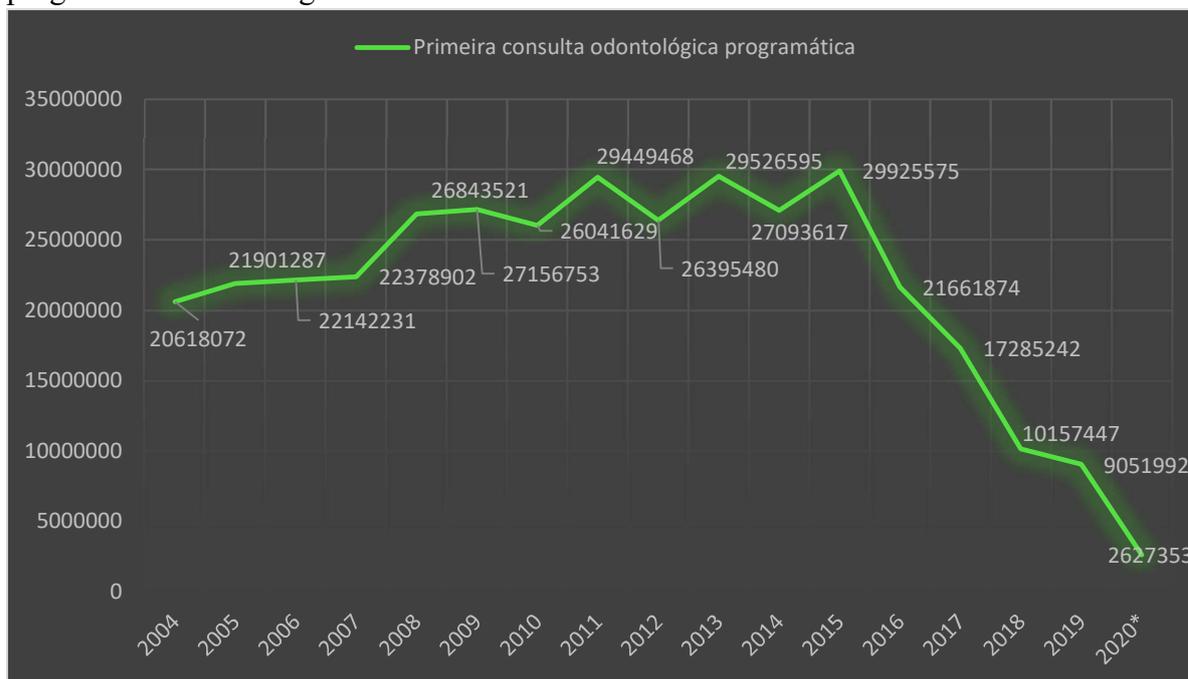


Fonte: Elaboração das Autoras em base a dados proporcionados para esta pesquisa pelo MSAL, 2020 e Programa Sumar, 2020. *2012 participaram do programa as províncias de Tucumán, Santa Fe, San Luis, Rio Negro, Salta, Formosa e Chaco. ** 2013 participaram todas as províncias a exceção de Buenos Aires e CABA. *** 2014 a 2020 participaram todas as províncias a exceção de Tierra del Fuego. Dados até agosto de 2020.

O indicador de acesso à saúde bucal na Argentina foi considerado, dentro do período de estudo, a partir da criação do Programa Sumar na Argentina (2012) com o indicador de consulta odontológica programática em gestantes (PROGRAMA SUMAR, 2020), acesso do grupo gestantes da população com acesso exclusivo ao subsetor público desde a criação do programa até 2020 (ARGENTINA, 2020; PROGRAMA SUMAR, 2020).

O indicador de acesso à saúde bucal no Brasil foi a primeira consulta odontológica programada, a partir da criação do PBS no Brasil (2004a), disponível no DATASUS até 2020 (Gráfico 6). Este indicador é proposto na diretriz do Programa de Avaliação para a Qualificação (PMAQ) do SUS e representa o acesso ao cuidado em saúde bucal da população (PMAQ, 2015) (Gráfico 6).

Gráfico 6- Indicador de acesso à saúde bucal no Brasil (2004-2020). Primeira consulta programática odontológica



Fonte: Elaboração das Autoras em base a DATASUS, 2020. * 2020 dados até setembro de 2020.

DISCUSSÃO

Na Argentina os propósitos do governo de equidade contemplam a grupos vulneráveis nas políticas e programas analisados. Destaca-se o Programa Sumar (PS), criado em 2012, que promove o acesso equitativo e de qualidade aos serviços cuja população alvo não possui cobertura formal na saúde. Este programa, desde 2020, abrange o universo total da população que não possui obra social e pertence ao programa. Além disso, a oferta de serviços em saúde bucal tem aumentado em 2020 diminuindo as diferenças com o Programa Médico Obrigatório (PMO) que é o programa de saúde com um pacote de serviços básicos obrigatório para as populações que possuem obra social e medicina pré-paga. As pessoas com deficiência estão contempladas no sistema único de serviços básicos das pessoas com deficiência que inclui a saúde bucal na lei 24.901 (ARGENTINA, 1997).

Outro grupo específico, a população indígena, não possui um programa específico em saúde bucal. Segundo o estudo de De Langhe e Gonzalez (2013) sobre determinação das doenças bucais em crianças e adolescentes em dois populações indígenas do nordeste argentino, as alterações achadas estão relacionadas à falta de acesso aos serviços de saúde devido aos

obstáculos geográficos sendo o grupo mais afetado crianças entre 6 e 13 anos de idade de sexo feminino. Nas políticas implementadas em 2016, não houve incremento de programas de saúde odontológica para estas populações que garantem a atenção, diagnóstico e tratamento das doenças bucais já que o programa de saúde para povos originários inserido na estratégia da APS não menciona a saúde bucal.

O propósito de integralidade no PS observa-se nas linhas do cuidado e faixas etárias. Os outros programas analisados como o PMO têm menor ênfase na integralidade. O PMO, no capítulo saúde bucal, não menciona linhas de cuidado e por faixas etárias. No entanto, a saúde bucal forma parte da estratégia da Atenção Primária à Saúde (APS) e tem relação com outros programas por linhas de cuidados de promoção da saúde. O propósito de intersetorialidade é refletido no Programa Nacional de saúde Bucal (PROSANE) entre os ministérios de saúde e educação e no PS que se articula com as obras sociais para atingir uma agenda comum entre o setor público e seguridade social compartilhando a mesma visão da política sanitária. Dos outros programas analisados, o Programa Nacional de Câncer Bucal para a prevenção precoce e tratamento (PRONACABU) possui propósito de intersetorialidade e o Programa Nacional de Reabilitação Bucal (PNRB) possui propósitos apenas de equidade. Ambos formam parte dos programas nacionais em saúde bucal, porém, não foram achados programas assistenciais específicos em saúde bucal já que o Programa de Saúde Bucal de Atenção Primária não foi implementado (DINASAB, 2020).

No Brasil, existem propósitos do governo de equidade em todas as políticas e programas analisados de maneira sólida. Grupos vulneráveis como pessoas com deficiência estão inseridos no Programa Brasil Sorridente (PBS) dentro da Rede de Atenção às pessoas com deficiência e populações indígenas dentro do componente indígena do PBS. Outros grupos com obstáculos geográficos como as populações de Amazônia Legal e Matto Grosso do Sul (populações Ribeirinhas) estão contemplados na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que ampliou as modalidades das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e a modalidade das ESB dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF) na APS ao longo do período de estudo.

O propósito de integralidade está inserido no PBS que possui linhas de cuidado e por faixas etárias, a la vez que está articulado à Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). A intersetorialidade foi achada no Programa Saúde na Escola (PSE), PNSP e PNAB. Enquanto à prevenção do câncer bucal e tratamento, está dentro do PBS como parte da APS bem como a promoção, prevenção, reabilitação e recuperação dos tecidos bucais.

Como resultado da análise comparativa, com as MSB2020 da OMS, ressaltamos que ambos os países possuem políticas e programas orientados às MSB2020. Porém, existem diferenças importantes entre os países na relação entre as políticas e programas em saúde bucal de cada país. O Brasil possui uma robusta Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) implementada através do PBS desde 2004 (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b) que incorpora componentes ao programa como parte de sua ampliação ao longo do tempo (componente indígena do PBS, articulação com a Rede de Atenção às pessoas com deficiência) (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012a). Ao tempo que, através da PNAB, criada em 2006 com revisões em 2011 e 2017, o PBS teve crescimento e ampliação das ESB e modalidades, tanto como da população atingida, principalmente na versão PNAB 2011 (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011b; BRASIL, 2017).

Outras políticas intersetoriais como a PNPS e o PSE apresentam continuidade e coerência com os princípios do PBS e do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2007; BRASIL, 2010). No entanto, o debate da promoção da saúde ainda apresenta tensões entre ações individuais e coletivas o que poderia reforçar uma tendência prescritiva e normalizadora da saúde. O reconhecimento e protagonismo dos sujeitos na construção da saúde deve ser fortalecido com a responsabilidade do estado na produção de condições de vida coerentes às necessidades da população evitando responsabilizar ao indivíduo pela falta de saúde (SILVA e BAPTISTA, 2015).

A Argentina se caracteriza pela fragmentação dos programas, descontinuidades e falta de articulação entre as políticas e os programas. Se bem que os princípios do governo se acercam às MSB2020, se observa fragilidade nos programas, ausência de um modelo de atenção em saúde bucal definido nas políticas e pouca menção as modalidades das ESB. O PROSANE na atualidade está desarticulado da Direção de Saúde Buco dental (DINASAB) por falta de financiamento. Programa de Saúde Bucal na APS não foi implementado, portanto, as ações assistenciais não estão formalmente inseridas. O PS criado em 2012 é o encaminhamento para o acesso à saúde bucal no subsetor público que incorporou em 2020 ações de recuperação dos tecidos dentários, emergências e endodontia. O PMO é o programa de acesso à saúde bucal para o subsetor privado e seguridade social com uma cobertura ampla de ações em saúde bucal. Esta brecha de oferta em saúde bucal entre o PS e o PMO impede atingir a equidade universal na população.

Comparação dos indicadores saúde bucal e saúde geral

O índice CPOD dos países (Tabela 1) é considerado baixo em ambos. Enquanto a Argentina possui maior necessidade de tratamento por cárie dentária em crianças de 5 a 13 anos de idade e doença periodontal em adultos, o Brasil possui maior a necessidade de tratamento por má oclusão. Se bem que a incidência e mortalidade por câncer bucal no Brasil superam à Argentina, a falta de sistemas de informação na Argentina que registrem lesões pré-cancerosas e câncer bucal através de um sistema específico (RITA, 2020) poderiam explicar os achados como uma subestimação dos dados relacionados à câncer bucal na Argentina (Tabela 1).

O recurso humano é 60% maior no Brasil e o recurso físico Estabelecimentos em Saúde Bucal para pessoas com deficiências, maior na Argentina (Tabela 1). Estas diferenças poderiam resultar da estrutura dos sistemas de saúde em cada país. Enquanto o SUS é o maior empregador da mão de obra de saúde bucal no Brasil (MOYSES, 2019), o que pode ter influenciado na maior demanda de formação destes profissionais, a grande maioria dos CD argentinos possuem desempenho no setor privado e seguridade social com menor estabilidade. Em relação aos estabelecimentos em saúde bucal para pessoas com deficiência, o modelo argentino de expansão de oferta estadual dentro de um modelo de regulação descentralizado formado entre 1955 e 1970 (ARCE, 2013) pode explicar as diferenças com a quantidade de CEOs destinados a estes grupos específicos a partir do ano 2004 com a implantação da PNSB.

Acrescentamos que o CPOD em 2019 na população com cobertura exclusiva do Programa Sumar (subsetor público-Argentina) é de 1,8. Dados recentes elaborados pelo Programa Sumar, fornecidos para esta pesquisa, mostram em 2017 47,8% das crianças entre 5 e 13 anos com cárie dentária em dentes permanentes e/ou primeiro molar. Em 2018 40% das crianças entre 5-13 anos tiveram necessidade de tratamento odontológico, 9% tiveram má oclusão e 1% manifestou lesões em tecidos moles. (PROGRAMA SUMAR, 2020). Os dados permitem inferir que, pelo menos para o PS, existe na Argentina registros epidemiológicos recentes do programa que podem contribuir com a implementação de novas estratégias focalizadas as demandas da população alvo.

A Argentina possui cobertura estimada na APS de 36,7% para o subsetor público. Porém, a Cobertura Efetiva Básica para o Programa Sumar é de 29,80%, o que representa a população que teve uma consulta em saúde nos últimos 12 meses. A cobertura estimada na APS no Brasil é maior alcançando 74,76% da população. Quando comparada a cobertura estimada em saúde bucal dos países esta é de 51,54 % no subsetor público na Argentina e 52,97% no

Brasil. A maior diferença achada na cobertura foi nos programas intersetoriais dos países, o PROSANE teve uma cobertura populacional de 3% em 2014 enquanto o PSE 40% entre 2014 e 2015 (Tabela 2) (PROGRAMA SUMAR, 2020; E-GESTOR, 2020). Isso representa uma fortaleza para o programa intersetorial brasileiro e uma debilidade enquanto ao alcance do programa argentino.

As ações em saúde bucal analisadas revelam como as políticas dos países se expressam. Na Argentina, o subsetor seguridade social e privado realiza o 95% do total das ações em saúde bucal dentro da APS, enquanto o subsetor público 28,5%. No Brasil a ampliação da saúde bucal na APS contempla 74,76% das ações com as diferentes modalidades de ESB e 23% nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) (Tabela 2). Os resultados revelam a inequidade existente entre as ofertas de serviços em saúde bucal dentro da APS menores para o subsetor público na Argentina e uma legítima ampliação da saúde bucal na APS no Brasil já que os CEOs estão inclusos no conceito da ampliação na APS.

Na América Latina, desde o final da década de 1970, os estudos sobre as desigualdades sociais e a saúde na América Latina vêm sendo realizados principalmente a partir do marco teórico da determinação social do processo saúde-doença, baseados no conceito de classe social, analisando-se os mecanismos de acumulação do sistema capitalista de produção e reprodução social, sendo a raiz das iniquidades em saúde (LAURELL, 1982; BREILH, 2011; LAMY *et al.*, 2020). Na comparação entre a saúde geral dos países podemos ressaltar que a maioria dos indicadores são melhores para a Argentina a exceção da prevalência no consumo de álcool e tabaco que é menor no Brasil (Tabela 2).

As desigualdades sociais em saúde podem manifestar-se de maneira diversa no que diz respeito ao processo saúde-doença em si, bem como ao acesso e utilização de serviços de saúde. As desigualdades no estado de saúde estão de modo geral fortemente atreladas à organização social e tendem a refletir o grau de iniquidade existente em cada sociedade. O acesso e a utilização dos serviços refletem também essas diferenças, mas podem assumir feições diversas, dependendo da forma de organização dos sistemas de saúde (BARATA, 2009). Outros autores expressam que, as diferenças nos níveis de saúde entre grupos e países estão mais relacionadas principalmente com o grau de equidade na distribuição de renda (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Além disso, alcançar o acesso universal e equitativo à água potável e segura para todos é um dos ODS planteados para 2030 (ODS-ARGENTINA, 2020; ODS-BRASIL, 2020). O que faz necessário analisar alguns aspectos da dimensão econômica e ambiental para melhor compreensão do fenômeno estudado.

Dimensões econômica e ambiental.

A relação entre os obstáculos gerados pelos serviços de saúde e os recursos da população acontece em três dimensões: o local geográfico dos lugares de atenção, que tem a ver com o tempo e a capacidade de transporte dos usuários; a financeira, que conecta os custos para poder utilizar os serviços de saúde e a capacidade financeira da população, e a organizacional que associa as demoras para obter turnos e os tempos de espera com a disponibilidade do tempo livre e a tolerância às demoras. Em relação a capacidade financeira, os custos se referem ao gasto como desembolso direto da população e que não é contemplado pelo sistema de saúde, sendo que a relação entre o custo de um serviço e a renda da população pode modificar a acessibilidade (FRENK, 2014).

Na análise dos obstáculos financeiros para o acesso aos serviços de saúde dos países observamos que, o percentual da renda em transporte, o gasto como desembolso direto em saúde e o gasto privado como % do PIB em saúde foi maior para o Brasil ao longo do período, entanto que o gasto público em saúde *per capita*, maior para a Argentina. Isso permite inferir maior obstáculo para o Brasil, entre os serviços de saúde e os recursos da população, na dimensão geográfica e, pelo menos um maior gasto como desembolso direto em saúde (Tabela 4). O investimento em saúde dos países se manteve similar (entre 8% e 9,5% do PIB). Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, países estão gastando mais em saúde, os governos fornecem uma média de 51% dos gastos em saúde de um país. No entanto, mais de 35% dessas despesas são pagas pelas pessoas com dinheiro do próprio bolso. Mais da metade dos gastos em saúde é para a APS, no entanto, menos do 40 % de todos os gastos com cuidados primários em saúde provém dos governos (OPAS, 2018).

As taxas de pobreza e pobreza extrema foram mais baixas no Brasil, que teve uma maior taxa de emprego formal e menor taxa de desemprego ao longo do período. Assim, esses indicadores refletem o cenário das crises econômicas, ainda mais profundas na Argentina do que no Brasil (Gráfico 1 e 2), e a distância dos países ao ODS de erradicar a pobreza extrema para todas as pessoas em todos os lugares, atualmente medida como pessoas vivendo abaixo dos limites da pobreza internacional, para 2030 (ODS-ARGENTINA, 2020; ODS-BRASIL, 2020).

Enquanto à incidência da informalidade do emprego, segundo a CEPAL (2013), a Argentina possuía uma taxa de emprego informal de 40% no ano 2000 que diminuiu a 33% no ano 2013. O Brasil passou de 35% no ano 2000 para 23% em 2013. Para o primeiro semestre de 2020, o indicador foi de 49% para a Argentina e para o Brasil, no segundo trimestre de 2020

de 36,9% (INDEC, 2020; IBGE 2020b). Na comparação, a população argentina é a mais prejudicada. Os dados sobre a informalidade do emprego expressam o deterioro e a precarização laboral e como esses indivíduos, os informais, estão em uma condição vulnerável. No Brasil, segundo o Centro de Estudos Sindicais de Economia do trabalho, existe permanência do mercado de trabalho desestruturado que não se recuperou da crise de 2015/2016. As políticas exercidas pelos governos, com ajuste fiscal e ondas de reforma trabalhista e previdência não foram suficientes para enfrentar a crise do emprego nem geraram empregos (CESIT, 2021). Na argentina, a fragilidade econômica e social no começo de 2020, com crescimento econômico negativo e alto nível de inflação introduziu pressão no setor empresarial. Como consequência, o mercado de trabalho que já estava debilitado com taxa de desemprego alta, principalmente entre os jovens, e a informalidade da economia, gerou empregos precários para uma grande parte da população (ERNST; LÓPEZ MOURELO, 2020).

É relevante esclarecer o conceito de emergência estatística para a Argentina. Desde o 1 de fevereiro de 2013 até o final de 2016 existiu uma censura sobre as estatísticas oficiais argentinas, já que o FMI as considerava pouco confiáveis e deficientes, sendo comunicado a todos os países membros em cada informe regional e mundial do organismo onde o país foi mencionado. O INDEC foi intervindo em 2007, no governo de Cristina Kirchner, devido a uma mudança (ou adulteração) do índice de preços ao consumidor reduzindo-o de um 3,7% a 1,5% mensal. O FMI fez uma missão técnica que culminou em outubro de 2016 com 'elogios' às medidas de correção implementadas por o governo de Mauricio Macri. Essas medidas de correção incluíam a saída da restrição cambiarria, o pago aos *holdouts*, a saída do *default* e a volta aos mercados de capitais (ARBIA, 2016). Portanto, muitas das informações do INDEC que utilizamos nesta pesquisa, esclarecem que os dados entre 2007 e 2015 devem ser considerados com reservas (INDEC, 2020).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), e calculado a partir de um conjunto de indicadores socioeconômicos como a expectativa de vida ao nascer, educação e Produto Bruto Interno (PIB). É um indicador comparativo usado também para segmentar os países em desenvolvidos, em desenvolvimento e subdesenvolvidos. As condições de saúde da população se manifestam na expectativa de vida ao nascer, a educação considera a taxa de alfabetização de adultos, matrícula nos níveis fundamental, médio e superior; e a renda depende do poder de

compra da população utilizando a metodologia Paridade do Poder de Compra. O índice de GINI O coeficiente de Gini expressa igualdade quando o valor referente é próximo a zero, ou seja, todos possuem a mesma renda; e desigualdade máxima quando o valor for mais próximo a um (PNUD, 2012; BOING *et al.*, 2013). O IDH se manteve, ao longo do período, superior na Argentina (Gráfico 3), entanto que o índice de GINI foi mais alto no Brasil no período. Ou seja, a Argentina possui maior desenvolvimento humano e menor desigualdade de renda do que o Brasil.

Na dimensão ambiental observamos, entre 2001 e 2016 em ambos os países, crescimento no acesso à água potável segura e saneamento básico seguro. No entanto, os valores na Argentina são superiores aos achados no Brasil, principalmente no acesso ao saneamento básico (94% e 87% em 2016 respectivamente) (OMS, 2020). Já para a cobertura de água fluoretada e monitoramento da concentração do flúor as diferenças são favoráveis para o Brasil. Peres e colaboradores (2006) observaram que quanto maior a cobertura do sistema de abastecimento de água, menor o índice de cárie dentária aos 12 anos. Além disso, medidas de saúde pública, como a fluoretação das águas, são imprescindíveis já que possuem enfoque populacional equitativo e maiores benefícios em relação à prevenção de cárie dentária diminuindo sua prevalência (PERES; ANTUNES; PERES, 2006; ANTUNES; NARVAI, 2010).

Ambos os países possuem políticas sobre fluoretação e desfluoretação das águas há mais de 40 anos. Na Argentina, entre 2000 e 2020, 35% das províncias argentinas receberam flúor alguma vez, 60% não receberam e 5% desconhecem o dado e em 2019 nenhuma província recebeu flúor por parte do MSAL (DINASAB, 2020). Na Argentina, a fluoretação das águas foi aprovada mediante a Lei Nacional nº 21.171 em 30 de setembro de 1975 (ARGENTINA, 1975), que dispõe a fluoretação e desfluoretação da água tratada até alcançar o nível ótimo do íon flúor. Isso deixa entrever a falta de legitimidade da lei de fluoretação das águas e a debilidade como falta de continuidade dos governos nacionais e provinciais, ao longo do período, em manter a fluoretação das águas e seu monitoramento. No Brasil, a cobertura por municípios de água fluoretada se manteve estável entre 2008 e 2017 alcançando uma cobertura de 61% dos municípios e 95,5% de controle operacional da concentração de fluoreto na água, principalmente do tipo diário (77,2%), seguido por o monitoramento semanal, quinzenal e mensal, segundo a Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2017 (IBGE, 2020d).

O projeto Vigifluor, pesquisa de abrangência nacional realizada desde 2012 até 2015 no Brasil, teve unidades do estudo compostas por todos os municípios brasileiros com mais de 50

mil habitantes entre o período 2010-2015. Esses municípios abrangem cerca de 65% da população brasileira e constituem polos de regiões de saúde que projetam sua influência sanitária estratégica para os municípios de menor porte demográfico das respectivas regiões. O estudo achou 39,4% de monitoramento com heterocontrole da fluoretação das águas distribuídas nesses municípios em 2008. Em 2015, o heterocontrole para os municípios de mais de 50.000 habitantes foi de 48,50% e a cobertura de 65, 60% da população desses municípios com a intervenção do Projeto Vigifluor (FRAZÃO E NARVAI, 2017). Portanto, observamos ao longo do período, legitimação da Lei Federal nº 6.050 de 1974 que dispõe sobre a fluoretação das águas em sistemas públicos de abastecimento, através de uma expansão da fluoretação gradual no país.

Como medida de saúde pública, a fluoretação das águas é capaz de atender uma grande população, particularmente aqueles com piores condições de saúde bucal e com limitado acesso ao sistema de saúde (GABARDO *et al.*, 2008); e que traz repercussão em termos de benefício social pois a melhoria de saúde bucal é maior quanto menor a renda familiar o que expõe a importância da regularidade da manutenção da concentração ótima de flúor em termos de benefícios (CURY, 1992). Outros autores apontam que, programas de políticas públicas devem garantir a implantação da fluoretação das águas em municípios com sistemas de tratamento, possibilitando à população o acesso aos benefícios do flúor. (MOIMAZ, 2018).

Acesso à saúde bucal no período

O acesso e a forma de uso dos serviços de saúde expressam, de alguma maneira, a desigualdade social ante o processo saúde-doença-atenção-cuidado. No caso da saúde bucal, como vimos anteriormente na análise da dimensão econômica, a população encontra obstáculos que deve atravessar para utilizar os serviços de saúde diretamente relacionados às características socioeconômicas e territoriais entre outras. Segundo Frenk (2014) o acesso é um processo que involucra os episódios que acontecem entre a necessidade de utilizar um serviço de saúde e o início da atenção

O acesso aos serviços de saúde bucal para a população do subsetor público na Argentina e para a população do Brasil ao longo do período permite observar, em ambos os países, uma considerável diminuição a partir de 2016.

Na Argentina, o acesso ao PS analisado permite observar uma tendência ao aumento desde 2012 até 2015 e uma queda em 2016 que se manteve estável até 2019. Destaca-se a falta de dados de livre acesso para esses indicadores, o que revela problemas de fragmentação dos dados e sistemas de informação desarticulados entre as províncias e nação, que obstaculizam tanto para os gestores, usuários e pesquisadores, uma visão do acesso à saúde bucal. Assim, esses dados foram acessados pelos autores mediante um trâmite que, em sé mesmo, é um obstáculo. No Brasil, o acesso teve aumento desde a implementação do PBS em 2004 com leve queda em 2010 e nível máximo em 2015. A partir de 2016, o acesso à saúde bucal começou a diminuir, sendo que em 2017 ficou por debaixo dos valores alcançados em 2004. Em 2018 e 2019 os valores foram para menos da metade que em 2004. Por fim, os dados manifestam uma forte queda do acesso a saúde bucal desde 2020, em ambos os países, ainda agravada pelo contexto da pandemia COVID-19(OPAS, 2020).

Observa-se coincidência na queda ao acesso a saúde bucal, a partir dos governos neoliberais em ambos os países. Entanto que, as políticas econômicas deixaram uma população mais empobrecida na Argentina e crise institucional após o governo de Mauricio Macri (2015-2019) (URRA, et al., 2019), no Brasil, a crise política, econômica e institucional, agravada pelo *impeachment* em 2016, deixaram cenários incertos marcados pelo estado mínimo, cortes orçamentários, austeridade econômica e descontinuidade de programas e de projetos que promoviam a inclusão social entre outros. Alguns autores apontam que, países que adotam cortes orçamentários prejudicam gravemente a saúde da sua população e causam iniquidades já que existe uma redistribuição dos sacrifícios (MALTA, et al, 2018). Portanto, é preciso investir em estudos sobre o impacto da austeridade fiscal sobre as condições de vida e saúde das populações, ao mesmo tempo que tem forte influência sobre a utilização de serviços públicos que oferecem saúde bucal, o que pode beneficiar o mercado privado e ampliar as desigualdades (ROSSI, et al. 2019).

A saúde bucal, indissociável da saúde geral, precisa ser fortalecida com políticas públicas que legitimem, o PS na Argentina e o PBS no Brasil e a APS em ambos, direcionadas à ampliação da oferta, a integralidade, a qualificação dos processos de trabalho e da organização das redes de atenção à saúde bucal.

O delineamento deste estudo comparativo limita os indicadores próprios de cada país já que, para padronizar algum deles, foram escolhidas fontes de dados internacionais. Embora que esta pesquisa busque reduzir risco de viés, é possível assumir diferenças com alguns indicadores nas fontes de dados de cada país. Dentro das limitações deste estudo, mencionamos que as

diferenças regionais não foram abordadas o que não permite visibilizar os grupos com maior necessidade de tratamento de cárie dentária e doença periodontal em cada país, junto com a desvantagem que os índices CPOD aos 12 anos poderiam resultar baixos pela diluição dos resultados nas populações ao incorporar muitas pessoas livres de cárie dentária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do período observamos esforços nos países por alcançar a saúde bucal das suas populações com políticas orientadas às MSB2020. No entanto, as políticas em saúde bucal do Brasil possuem uma linha de coerência com os princípios do SUS, a APS, e as políticas intersetoriais claramente robusta e com alto grau de legitimidade. A Argentina não consegue definir, nas diferentes políticas em saúde bucal, um modelo de atenção que amplie as ações na APS diminuindo as inequidades na oferta, acesso e oportunidades entre o subsetor público e subsetor seguridade social e privado. Além disso, a Argentina experimenta falta de continuidade de programas, fragmentação e debilidade nos sistemas de informação.

Assim, as maiores diferenças achadas entre Argentina e Brasil tem a ver com a inclusão de novos procedimentos clínicos na APS e a implantação de uma rede assistencial que articula os três níveis de atenção e as ações multidisciplinares e intersetoriais no Brasil. Enquanto a Argentina, ainda considera a reabilitação como terceiro nível de atenção, o Brasil considera-a dentro da APS. Pode se dizer que são concepções totalmente opostas. Ao tempo que o Brasil avançou estrategicamente na inclusão social em suas políticas, a Argentina, que ainda não consegue diminuir essas inequidades, ampliou recém em 2020 o PS orientado à inclusão social, mas sem transformações estruturais na área da saúde bucal.

Os indicadores em saúde bucal mostraram índice de CPOD baixo nos países, mas com diferenças maiores para a Argentina em relação à necessidade de tratamento de cárie dentária e doença periodontal. A cobertura em saúde bucal foi similar nos países quando comparado o subsetor público e o SUS. Os indicadores de saúde geral, sociodemográfico e ambientais foram melhores para a Argentina o que permite inferir o grande impacto da educação e da infraestrutura dos serviços básicos na saúde bucal apesar das lacunas e fragilidades mencionadas nas políticas em saúde bucal na Argentina. No entanto, a nível infraestrutura, o Brasil coloca-se como exemplo na fluoretação das águas com uma lei federal legitimada pelas ações e o impacto, através dos benefícios na saúde bucal da população.

A dimensão econômica analisada apresenta as grandes dificuldades de crescimento econômico que os países ainda têm e como eles são afetados nas diferentes circunstâncias geopolíticas. É notória a queda no setor a partir da segunda metade da segunda década do estudo. Assim, os países compartilham contextos político-econômicos similares que afetam a saúde bucal, principalmente de aqueles que mais a necessitam.

Logo da implantação do PS e PBS nos países, em cenários favoráveis para incluir a saúde bucal como prioridade na agenda dos governos, observamos que esses programas, ainda jovens, foram afetados pelas políticas neoliberais diminuindo o acesso à população o que pode acentuar a desigualdade social, também na saúde bucal.

É essencial ressaltar o papel e a importância das políticas em saúde bucal para as populações em questão, principalmente na produção de estratégias de enfrentamento para os desafios impostos pelo perfil epidemiológico, socioeconômico e ambiental dos países tanto no presente como para as próximas décadas, empoderar as sociedades para que possam contribuir na legitimidade das políticas e exigir ao estado o direito à saúde bucal.

REFERÊNCIAS

ACOSTA de CAMARGO, M. G. *et al.* Asociación entre la enfermedad periodontal y el parto prematuro. **ORAL**; v. 17, n. 55, p. 1404-1407, 2016.

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Dental health policies in Brazil and their impact on health inequalities. **Rev. Saúde Pública**, v.44, p.360-365 2010.

ARBIA, C. El FMI levantaría la moción de censura que pesa sobre la Argentina. Infobae. Disponível em <https://www.infobae.com/economia/2016/10/05/el-fmi-levantaria-la-mocion-de-censura-que-pesa-sobre-la-argentina/> Acesso em 18 de dezembro de 2020.

ARCE, H. **Evolución histórica del sistema de salud argentino a lo largo del siglo XX.** 2013. 236 p. Tese (Doctorado en Ciencias de la Salud). Instituto Universitario de Ciencias de la Salud-Fundación Barceló. Buenos Aires, setiembre de 2013.

ARGENTINA. Honorable Congreso de la Nación. Ley N° 21.172. Dispónese a fluoración o defluoración de las aguas de abastecimiento público en todo el país. 30 set. 1975.

ARGENTINA. Ley 24.901. **Discapacidad. Sistema de Prestaciones Básicas.** Cap. V artículo 28. Boletín Oficial n° 28789 p. 1, 5 de dic. 1997.

ARGENTINA. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Secretaría de Derechos Humanos. Dirección Nacional de Pluralismo e Interculturalidad. **Afrodescendientes.** 2020a. Disponível em:
<<https://www.argentina.gob.ar/derechoshumanos/promocion/pluralismo/afrodescendientes>> Acesso em 9 de dezembro de 2020.

ARGENTINA. Ministerio de salud. Programa Nacional de salud escolar PROSANE. **Reporte anual 2014 - Análisis de la situación de salud de niños, niñas y adolescentes de escuelas de nivel primario de la república argentina.** 2014b. 73 p. Disponível em <
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000734cnt-reporte-2014-2017.pdf>> Acesso em 21 mar. 2020.

BANCO MUNDIAL. **Dados de livre acesso do Banco Mundial.** Disponível em
<<https://datos.bancomundial.org/>> Acesso em 8 de novembro de 2020.

BARATA, R. B. **Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 120 p.

BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1997. 176 p.

BRASIL. Lei n. 6.050, de 24 de maio de 1974. Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6050.htm>. Acesso em: 10 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de saúde Bucal. **Diretrizes da Política de Saúde Bucal**. Brasília, DF. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.570**. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. 2004d. Diário Oficial da União 15 set. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde, Departamento de Atenção Básica; 2006.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 6.286. Programa Saúde na Escola**. DOU 6 de dezembro de 2007; p.2 col. 2.; 2007b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde/MS**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7; 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do componente indígena da PNSB**. 2011b. Brasília, DF. 19 de abril de 2011a. 11 p.

BRASIL. **Diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde, Departamento de Atenção Básica; 2011b .

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793**. Institui redes de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS. DOU, 25 de abril de 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, DF, 2012b. 116 p.

BRASIL. Ministério de Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. 22/09/2017 Edição: 183.Seção: 1 página: 68. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. 120 p.

BRASIL. Ministério da Educação. Programa Saúde nas Escolas. 2020b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>> Acesso em: 25 ago. 2020.

BREILH, J. **Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud**. In: Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Movimiento por la Salud de los Pueblos, Río de Janeiro, octubre de 2011. Universidad Andina Simón Bolívar, repositorio digital, sede Ecuador. Disponível em <<http://repositorionew.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3404/1/Breilh%2C%20J-CON-109-Una%20perspectiva.pdf>> Acesso em 20 abr. 2020.

BOING, A. F. *et al.* Medidas de Condições Socioeconômicas em Estudos Epidemiológicos de Saúde Bucal. In: ANTUNES, J. L. F. e PERES, M. A. **Epidemiologia da Saúde Bucal**. 2º ed. São Paulo: Editora Santos, 2013.738 p.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. Health, and its socials determinants. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.17, p.77-93, 2007.

CESIT. Centro de Estudos Sindicais e Econômicos do Trabalho. **Pandemia e desemprego: Análise e perspectivas**. Disponível em <<https://www.cesit.net.br/pandemia-e-desemprego-analise-e-perspectivas/>> Acesso em: 1 de fevereiro de 2021.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. **Base de dados**. Disponível em <<http://cnes.datasus.gov.br/>> Acesso em 9 de dezembro de 2020.

CEPAL. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. **Publicações, dados e estatísticas**. Disponível em <<https://www.cepal.org/pt-br>> Acesso em 10 dez. 2020.

CORA. Confederación Odontológica de la República Argentina. **Estudio epidemiológico nacional. Diagnóstico de la necesidad de tratamiento periodontal en adultos de la República Argentina.** 2009. [mensagem pessoal]. Estudo recebido por <secretaria@cora.org.ar> em 28 de setembro de 2020. 2009

CORA. Confederación Odontológica de la República Argentina. COLOMBO, Y.; ULLOQUE, M. J.; ZARZA, J. A.; LUNA DE RODRIGUEZ, T. Estudio Epidemiológico Nacional Prevalencia de Experiencia de Caries en Escolares de 6 y 12 años en la Argentina. **Revista Salud Bucal** n° 132 Marzo-abril 2013.

CURY, J. A. Fluoretação da água: benefícios, riscos e sugestões. **Revista Odontológica do Brasil Central, ROBRAC.** v. 2, n. 5, p. 32-33.1992.

DATASETS. Ministerio de Saúde da Nação Argentina. **Datos públicos de organismos del gobierno de la República Argentina.** Disponível em <<http://datos.salud.gob.ar/dataset>> Acesso em 26 de janeiro de 2021.

DATASUS. Portal da saúde do Ministério da Saúde. **Assistência à saúde produção ambulatorial (SIA/SUS).** Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=19122>> Acesso em 9 de dezembro de 2020.

DE LANGHE, V.; GONZALEZ, M.M.; Determinación de las patologías bucales de la población infantil y adolescente en dos pueblos originarios del NEA argentino. **Revista Facultad de Odontología,** v.6, n. t. p.34-44. 2013.

DINASAB. Direção de Saúde Buco dental. Direção Nacional de Abordagem de Enfermidades não Transmissíveis. Ministério de Saúde da Nação Argentina. **Trâmite a distância** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <draborda@gmail.com> em 8 de julho de 2020.

E-GESTOR. Atenção Básica. Informação e gestão da atenção básica. **Cobertura de Saúde Bucal.** Disponível em <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>> Acesso em 9 de dez. 2020.

ERNST, C.; LÓPEZ MOURELO, E. OIT. Organización Internacional del Trabajo. **La COVID-19 y el mundo del trabajo en la Argentina: impacto y respuestas de política.**

Informe técnico. 20 de abril de 2020. Disponível em

<https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_740742.pdf> Acesso em 1 de fevereiro de 2021.

FDI. Federación Dental Internacional. **El Desafío de las Enfermedades Bucodentales. Una llamada a la acción global.** Atlas de Salud Bucodental. 2ª ed. Ginebra: Federación Dental Internacional (FDI); 2015.

FRAZÃO, P e NARVAI, P. C. Projeto Vigifluor. **Cobertura e vigilância da fluoretação das águas no Brasil: municípios com mais de 50.000 habitantes.** Organizadores: Frazão P. e

Narvai P. C. – São Paulo: faculdade de saúde pública da USP, 2017. Disponível em

<<http://www.livrosabertos.sibi.usp.br/portaldelivrosUSP/catalog/view/181/165/787-1>> acesso em 6 de dezembro de 2020.

FRENK, J. El concepto y la medición de accesibilidad. **Salud Pública de México**, [S.l.], v. 27, n. 5, p. 438- 453, nov. 2014. Disponível em

<<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422/411>> Acesso em 01 jun. 2020

GABARDO, M. C. *et al.* Water fluoridation as a marker for sociodental inequalities.

Community Dent. Oral Epidemiol., v.36, n.2, p.103-7, abr. 2008.

GBD 2017. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, v.392, n

10159, p.1789–1858, 2018. Disponível em <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)> Acesso em 2 mar. 2020.

GONZALEZ RIVAS, M. La salud bucal en la República Argentina. **Observatorio**

Iberoamericano de Políticas Públicas de Salud Bucal. San Pablo, Brasil: 2018.p.18-29

Disponível em <https://issuu.com/mainesk/docs/espanhol_-_final> Acesso em 20 out. 2019.

GLICK, M. *et al.* A new definition for oral health developed by the FDI World Dental

Federation. Opens the door to a universal definition of oral health. **International Dental**

Jornal, v. 66, n. 6, p. 322-324, dezembro 2016.

HOBDELL M, PETERSEN PE, CLARKSON J, JOHNSON N. 2003. Objetivos globales para la salud bucal 2020. **Int Dent J.** v. 53, n. 5, p. 285–288.

IARC. International Agency of Research of Cancer. World Health Organization. **Cancer Today**. 2018. Disponível em <<http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/1-Lip-oral-cavity-fact-sheet.pdf>> Acesso em 18 mar. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais 2019**. Disponível em <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/25882-extrema-pobreza-atinge-13-5-milhoes-de-pessoas-e-chega-ao>> Acesso em 26 abr. 2020.

INDEC. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo 2010. Disponível em <<https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>> Acesso em 6 de dezembro de 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/>> Acesso em 6 de dez. 2020b.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Países 2020**. Disponível em <<https://pais.es.ibge.gov.br/#/>> Acesso em 19 mai. 2020 c.

IBGE. Instituto de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2017**. 2020d, 124 p.

KASSEBAUM, NJ, SMITH, A., BERNABÉ, E., FLEMING, TD, REYNOLDS, AE, VOS, T., MURRAY, C., MARCENES, W. Y GBD 2015 ORAL HEALTH COLLABORATORS. 2017. Años de vida ajustados por prevalencia, incidencia y discapacidad a nivel mundial, regional y nacional para las afecciones bucales en 195 países, 1990-2015: un análisis sistemático de la carga mundial de enfermedades, lesiones y factores de riesgo. **Revista de investigación dental**, v. 96, n.4, p. 380–387.

LAMY, R. L.R. F. *et al.* Iniquidades sociais e saúde bucal: revisão integrativa. **Rev. Aten. Saúde.**, v 18, n 63, p. 82-98, 2020. Disponível em <https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6094/0> Acesso em 26 abr. 2020.

LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social". **Revista Latinoamericana de Salud, México**. Trad. E. D. Nunes, v.2, p. 7-25, 1982.

LUCENA, E.H.G; LUCENA C.D.R.X.; ALEMÁN, J.A.S.; PUCCA JÚNIOR, G.A.; PEREIRA, A.C.; CAVALCANTI, Y.W. Monitoramento das equipes de saúde bucal após a Política Nacional de Atenção Básica 2017. **Rev. Saude Publica**, v 54, n 99, 2020. Disponível

em <[Monitoring of oral health teams after National Primary Care Policy 2017 | Revista de Saúde Pública \(usp.br\)](#)> Acesso em 1 de fevereiro de 2021.

MALTA, D.C., *et al.* O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, 27 fev.2018, p.1799-1809

MOIMAZ, S.A.S. Vigilância em saúde: Fluoretação das águas de abastecimento público em 40 municípios do Estado de São Paulo. **Cien. Saúde Colet.**, v.0450, out. 2018. Disponível em <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/vigilancia-em-saude-fluoretacao-das-aguas-de-abastecimento-publico-em-40-municipios-do-estado-de-sao-paulo/16983?id=16983>> Acesso em 24 mar. 2020.

MOYSES, S. Introdução ao sistema único de saúde e à política nacional de saúde bucal. In: SUS e saúde bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir/[Coord.] CARRER, F. C. A.; PUCCA JUNIOR, G.A.; ARAÚJO, M.E. [Org.] DA SILVA, D.P.; GABRIEL, M.; GALANTE, M.L. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP. 2019. 167 p.

ODS ARGENTINA. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável Argentina. **Indicadores Argentinos para os objetivos de desenvolvimento sustentável**. Disponível em <<https://plataforma.odsargentina.gob.ar/explora>> Acesso em 9 de dezembro de 2020.

ODS BRASIL. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável Brasil. **Indicadores Brasileiros para os objetivos de desenvolvimento sustentável**. Disponível em <<https://odsbrasil.gov.br/>> Acesso em 9 de dezembro de 2020.

OMS. Organização Mundial da saúde. **DMFT levels at 12 years**, 1996. Geneva: WHO; 1996.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Oral health surveys: basic methods – 5th ed. © World Health Organization 2013. In: **Levantamentos em saúde bucal: métodos básicos** – Tradução: Profa. Dra. Maria Gabriela Haye Biazevic. Revisão técnica: Prof. Dr. Antônio Carlos Frias. 5a ed. São Paulo: Faculdade de Odontologia Universidade de São Paulo (FOUSP) 2017. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97035/9788570400086-por.pdf;jsessionid=6D5E467781C66181DDE55637E16F0B1F?sequence=14>> Acesso em 20 mar. 2020.

OMS. Organização Mundial da saúde. El Observatorio Global de la Salud. 2020. Disponível em:

<<https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3354>> Acesso em: 29 set. 2020.

OPAS. Organização Pan-americana da Saúde. Sistemas e Serviços de saúde. Relatório da OMS 2018. Disponível em: <https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2018/en> Acesso em: 2 de fevereiro de 2020.

OPAS. Organização Pan-americana da Saúde. **Fortalecer a resposta do sistema de saúde à COVID-19**. 1 de abril de 2020.

PERES, M. A.; ANTUNES, J. L. F.; PERES, K. G. Is water fluoridation effective in reducing inequalities in dental caries distribution in developing countries? Recent findings from Brazil. **Sozial- und Präventivmedizin SPM**, v.51 n.5, p. 302-310, 2006.

PMAQ. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. **Manual instrutivo anexo ficha de qualificação dos indicadores**. 2^a ed. Ministério da Saúde. Brasília, DF. 2015.

PRADO, B. N.; VACCAREZZA, G. F. Alterações bucais em pacientes diabéticos. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 25, n. 2, p. 147 - 153, dez. 2017. Disponível em:

<<http://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/revistadaodontologia/article/view/329>> Acesso em: 21 set. 2020.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD. Desenvolvimento Humano e IDH. 2012.

PROGRAMA SUMAR. Dados sobre o programa acessados mediante consulta trâmite a distância. Ministério de saúde da Nação Argentina [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <draborda@gmail.com> em 8 de julho de 2020.

RITA. Registro Institucional de Tumores da Argentina. Instituto Nacional do Câncer. Ministério de Saúde da Nação Argentina [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <draborda@gmail.com> em 17 de junho de 2020.

ROSSI, T. R. A.; *et al.* Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4427-4436, Dec. 2019. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204427&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 1 de fev. 2021.

SILVA, P. F. A.; BAPTISTA, T. W. F. A política nacional de promoção da saúde: texto e contexto de uma política. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. Especial, p. 91-104, dez 2015.

UNESCO. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura. Disponível em <https://es.unesco.org/> Acesso em 6 de dezembro de 2020.

URRA COLETTI, C.; BONFIGLIO, J.I.; VERA, J. Y SALVIA, A. (COORD.). Pobreza monetaria y vulnerabilidad de derechos. Inequidades de las condiciones materiales de vida en los hogares de la argentina urbana (2010-2018). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: educa, 124 p. **Boletín De Estudios Geográficos**, (111), feb-jul 2019.147-150.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos respondem positivamente a hipótese inicial de este estudo, visto que as políticas em saúde bucal são mais robustas no Brasil, tanto na oferta e cobertura potencial de serviços públicos como nas ações ampliadas em saúde bucal na APS e na intersetorialidade das políticas. Entretanto, afirmamos que, durante o período de estudo, indicadores em educação, saúde geral, desenvolvimento humano, desigualdade de renda e dimensão ambiental foram mais favoráveis para a Argentina; e indicadores da dimensão econômica, favoráveis para o Brasil.

Destaca-se a bem-sucedida política de fluoretação das águas que o Brasil tem implementado há mais de 40 anos, entanto que, na Argentina, a fluoretação das águas permanece como uma política carente de legitimidade pela não implementação em todo o seu território e descontinuidade. Os perfis epidemiológicos dos países apresentam diferenças, mas compartilham baixo índice de CPOD para a idade de 12 anos. A menor necessidade de tratamento por cárie dentária no Brasil, em crianças entre 5 e 13 anos de idade, poderia ser atribuída ao acesso à água fluoretada da população, junto com o impacto da PNSB. A diminuição de acesso à saúde bucal tem aumentado a partir de 2016 até 2020 em ambos os países, coincidentemente com um contexto político-econômico onde predominaram as políticas neoliberais e a austeridade financeira na área da saúde na região. Além disso, agravado em 2020 pela pandemia COVID-19. Portanto, as políticas em saúde bucal dos países apresentam riscos de desmonte e continuidade.

Estudos como este pretendem reforçar a importância do processo de avaliação das políticas públicas, reformulação, implementação e tomada de decisão de gestores. Deste modo, estimular um debate entre os diferentes países envolvidos, promove o planejamento para produzir modificações, o intercâmbio de ações entre países da região e a implementação de novos programas e políticas que sejam mais equânimes, que não aumentem as desigualdades e assegurem o direito à saúde bucal para todos os cidadãos.

REFERÊNCIAS

ACOSTA de CAMARGO, M. G. *et al.* Asociación entre la enfermedad periodontal y el parto prematuro. **ORAL**; v. 17, n. 55, p. 1404-1407, 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE ÁGUAS (Brasil). **ODS 6 no Brasil: visão da ANA sobre os indicadores** / Agência Nacional de Águas. – Brasília: ANA, 2019. Disponível em:

<<https://www.ana.gov.br/acesso-a-informacao/institucional/publicacoes/ods6/ods6.pdf>>

Acesso: 21 abr. 2020.

AGUM, R.; RISCADO, P.; MENEZES, M. Políticas públicas: Conceitos e análise em revisão. **Revista Agenda Política**. Vol.3 – n.2 –p. 12-42 julho/dezembro 2015.

ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 13-36.

AMARANTE, V. CEPAL. Seminario Internacional Nuevas y antiguas formas de informalidad laboral y empleo precario. **Informalidad en América Latina: perspectivas complementarias**. Santiago de Chile, abril de 2019. Disponível em

https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/20190403_8.amarante.pdf

Acesso em 21 de dezembro de 2020.

ANDRADE, J. O. M.; SANTOS, C. A. S. T.; OLIVEIRA, M. C. Fatores associados ao câncer de boca: um estudo de caso-controle em uma população do Nordeste do Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 894-905, Dec. 2015. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000400894&lng=en&nrm=iso)

[790X2015000400894&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000400894&lng=en&nrm=iso) > Acesso em: 21 set. 2020.

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Dental health policies in Brazil and their impact on health inequalities. **Rev. Saúde Pública**, v.44, p.360-365 2010.

ANTUNES J.L.F; TOPORCOV, T.N.; BASTOS, J.L.; FRAZÃO, P.; NARVAI, P.C.; PERES, M.A. A saúde bucal na agenda de prioridades em saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, 50:57, 2016.

ARBIA, C. El FMI levantaría la moción de ensure que pesa sobre la Argentina. Infobae. Disponible em <https://www.infobae.com/economia/2016/10/05/el-fmi-levantaria-la-mocion-de-censura-que-pesa-sobre-la-argentina/> Acceso em 18 de dezembro de 2020.

ARCAYA, M. C.; ARCAYA, A. L.; SUBRAMANIAN, S. B. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. **Global Health Action**, 8:1 2015. Disponible em: <<https://doi.org/10.3402/gha.v8.27106>> Acceso em: 20 abr. 2020.

ARGENTINA. Honorable Congreso de la Nación Argentina. Ley N° 21.172. Dispónese a fluoración o defluoración de las aguas de abastecimiento público en todo el país. 30 set. 1975.

ARGENTINA. Honorable Congreso de la Nación Argentina. Ley 23.661. Obras Sociales, Sistema Nacional de Seguros de Salud. B.O. 20 de enero de 1989.

ARGENTINA. Constitución de la Nación Argentina de 1994 SANTA FE, 22 de agosto de 1994 **Boletín Oficial**, 23 de agosto de 1994. Vigente, de alcance general. Disponible em: <<http://www.sajj.gob.ar/0-nacional-constitucion-nacion-argentina-lns0002665-1994-08-22/123456789-0abc-defg-g56-62000scanyel>> Acceso em: 20 abr. 2020.

ARGENTINA. Ministerio de salud. Decreto 455/2000. **Marco estratégico-político para la salud de los argentinos**. 8 de junio de 2000. Disponible em:

<<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/63270/norma.htm>>

Acceso em 1 de dez. de 2020

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Resolución 201/2002. **Programa Médico Obligatorio de Emergencia**. MSAL. 2002. Disponible em:

<<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/73649/norma.htm>>

Acceso em 20 abr. 2020.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Resolución 1195/2012. **Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud**. Boletín oficial n°32461 p.18. 16 de agosto de 2012.

ARGENTINA. Ministério de Salud. **Profundizando la integración del sector público de la salud y la seguridad social**. Más prestaciones, más calidad, más salud pública. 2014a. 18 p.

ARGENTINA. Ministerio de salud. Programa Nacional de salud escolar PROSANE. **Reporte anual 2014 - Análisis de la situación de salud de niños, niñas y adolescentes de escuelas**

de nivel primario de la república argentina. 2014b. 73 p. Disponível em <
<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000734cnt-reporte-2014-2017.pdf>>
Acesso em 21 mar. 2020.

ARGENTINA. Honorable Cámara de Diputados de la Nación. **Proyecto de Ley 3392-D-2014. Fluoración o desfluoración de las aguas de abastecimiento público-** Ley 21172-Derogación. 11 de mayo de 2014c.

ARGENTINA. Honorable Cámara de Diputados de la Nación. **Proyecto de Ley 1220-D-2015. Fluoración o desfluoración de las aguas de abastecimiento público-** Ley 21172-Derogación. 23 de marzo de 2015a.

ARGENTINA. Administración Pública Nacional. **Decreto 580/2015** de 14 de abril de 2015. Creación de la Dirección Nacional de Salud Bucodental y la Dirección de Políticas de Salud Bucodental. Boletín Oficial 15 de abril de 2015. 2015b.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Resolución 11/2015 del 9 de marzo de 2015. **Programa Nacional de Salud Escolar- Cambio de Denominación.** Boletín oficial 13 de marzo de 2015 n° 33.089 p. 8 2015c

ARGENTINA. Ministerio de Salud. **Ampliación del Programa Sumar.** 2015d. Disponível em: <<http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000164cnt-diptico-informacion-institucional.pdf>> Acesso em 1 de dezembro de 2020.

ARGENTINA. Decreto 908/2016. **Cobertura Universal de Salud. Fondo Solidario de Redistribución** Boletín Oficial. Buenos Aires, 2 ago. 2016a. Disponível em <<http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/260000-264999/264047/norma.htm>>
Acesso em: 1 set. 2020

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Resolución E 1036/2016. **Programa nacional de Salud para los Pueblos Indígenas.** Boletín Oficial n° 33429 p.38 de 29 de julio de 2016b.

ARGENTINA. Ministerio del Interior. **Plan Nacional de Agua Potable y Saneamiento. Cobertura Universal y Sostenibilidad de los Servicios.** 2017a. Disponível em <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/interior_agua_plan_agua_saneamiento.pdf>
Acesso em 20 abr. 2020.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Resolución 440-E/2017. **Creación del Programa de rehabilitación bucodental.** 2017b Disponible em: <<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/162640/20170421>> Acceso em: 2 set. 2020.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Resolución 745 E/2017. **Creación del Programa Nacional de Cancer Bucal.** 2017c. Disponible em: <<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=29006>> Acceso em 1 de dezembro de 2020.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Resolución 1.552E/2017 de 22 de setiembre de 2017. **Reglamento operativo de la unidad ejecutora del fideicomiso de administración para la cobertura universal en salud.** Boletín oficial. 26/09/2017 n° 71862/17 v. 26/09/2017b.

ARGENTINA. **Ley de Ministérios.** Modificación. Decreto 801/2018. Boletín oficial, 5 nov. 2018a. Disponible em: <<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/190818/20180905>> Acceso em 1 set. 2020

ARGENTINA. Ministerio de Salud de la Nación. **Análisis de Situación de Salud República Argentina.** Edición 2108. Ministerio de Salud de la Nación: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2018b. 123 p.

ARGENTINA. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Secretaría de Gobierno de salud. **Cuarta encuesta nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles.** MSAL, 2018c. Disponible em: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001622cnt-2019-10_4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf> Acceso em 30 novembro 2019.

ARGENTINA. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Secretaría de Salud. **Cobertura Universal de Salud.** Avanzando en la implementación de la cobertura universal de salud. Documento técnico 1. 2018d. p. 15

ARGENTINA. ANMAT. Administración Nacional De Medicamentos, Alimentos Y Tecnología Médica. Ley 18.284. Decreto 2126/1971. Capítulo XII: Bebidas hídricas, agua y agua gasificada. In: **Código Alimentario Argentino.** Buenos Aires; nov. 2019a.

ARGENTINA. Secretaria de Gobierno de la Salud. **Nuevo texto de adhesión de convenio PROSANE**. Boletín oficial 25 de julio de 2019, n° 53770/19 v.25/07/2019. 2019b.

ARGENTINA. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Secretaria de Gobierno de Salud. Resolución 518/2019. **Créase el Programa de Ampliación de la Cobertura efectiva en salud- PACES**. Boletín oficial n° 15515/19 del 14 de marzo de 2019c.

ARGENTINA. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Secretaría de Derechos Humanos. Dirección Nacional de Pluralismo e Interculturalidad. **Afrodescendientes**. 2020a. Disponible em:
<<https://www.argentina.gob.ar/derechoshumanos/promocion/pluralismo/afrodescendientes>>

Acesso em 9 de dezembro de 2020.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. **Manual de Efectores. Programa Sumar. Metas de Salud**. 2020b. Disponible em: <<http://www.programasumar.com.ar/manualefectores/>> Acesso em: 14 set. 2020.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. **Ampliación del Programa Sumar. 2020c**. Disponible em: <<https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-lanzo-el-nuevo-plan-de-servicios-del-programa-sumar-para-todo-el-pais>> Acesso em: 1 de dez. de 2020.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Resolución 420/2020. **Sustituye la denominación PACES por Programa Sumar**. Boletín oficial n° 11158/20 v. 3 de marzo de 2020d.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Secretaria de Equidad em Salud. Dirección de Salud Bucodental. **VIII Jornada de implementación del nuevo plan de servicios de salud (PSS) del Programa Sumar**. Prestaciones para el cuidado de la salud bucodental. Octubre de 2020e.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 6023:2018**. Segunda edição 14.11.2018. Informação e documentação — Referências — Elaboração.

AUSTRALIA. National Health and Medical Research Council. National Health and medical Research Council. **A systematic review of the efficacy and safety of fluoridation**, Part A: Review methodology and results. Sidney; 2007. Disponible em: <<https://www.nhmrc.gov.au/sites/default/files/documents/attachments/A-systematic-review-of-the-Efficacy-and-safety-of-Fluoridation-part-a%20.pdf>> Acesso em 20 mar. 2020.

BANCO MUNDIAL. **Dados de livre acesso do Banco Mundial**. Disponível em <<https://datos.bancomundial.org/>> Acesso em 8 de novembro de 2020.

BARATA, R. B. **Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 120 p.

BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1997. 176 p.

BIBLIOTECA VIRTUAL DE DIREITOS HUMANOS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **O que é a OMS?** Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/o-que-e-a-oms.html>> Acesso em 21 abr. 2020.

BIBLIOTECA VIRTUAL DE DIREITOS HUMANOS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Constituição da Organização Mundial da Saúde em 1946**. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Declara%C3%A7%C3%A3o-Universal-dos-Direitos-Humanos/declaracao-universal-dos-direitos-humanos.html>> Acesso em 21 abr. 2020.

BASSO, M. B. *et al.* A construção da rede de atenção à saúde bucal no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2155-2165, junho 2019. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602155&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 abr. 2020.

BRASIL. Lei n. 6.050, de 24 de maio de 1974. Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6050.htm>. Acesso em: 10 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. 10-12 outubro. Brasília, DF. 1986. 11 p.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição** da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Odontologia. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. 25 -27 de setembro, Brasília, DF. 1993. 23 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE DAS

AMÉRICAS. São Paulo, Brasil, 11 a 14 de agosto de 2002. Brasília. DF. 2002. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf> Acesso em 21 mar. 2020.

BRASIL. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 518 de 25 de março de 2004.** Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e dá outras providências. Brasília, DF. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de saúde Bucal. **Diretrizes da Política de Saúde Bucal.** Brasília, DF. 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.570.** Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. 2004d. Diário Oficial da União 15 set. 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 3º Conferência Nacional de saúde Bucal: acesso e qualidade superando a exclusão social.** 29 de julho -1º de agosto de 2003. Brasília, DF. 2005. 148 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).** Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde, Departamento de Atenção Básica; 2006a.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 95/2007. Revoga a Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974, que "dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento", 2007a.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 6.286. Programa Saúde na Escola.** DOU 6 de dezembro de 2007; p.2 col. 2.; 2007b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 11.889** de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**. Brasília, DF. 2010a. 80 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde/MS**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7; 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 60 p.

BRASIL. Diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde, Departamento de Atenção Básica; 2011a .

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do componente indígena da PNSB**. 2011b. Brasília, DF. 19 de abril de 2011b. 11 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, DF, 2012a. 116 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793**. Institui redes de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS. DOU, 25 de abril de 2012b.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 6359/2013. Revoga a Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974, que "dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento". 26 set. 2013.

BRASIL. Ministério de Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. 22/09/2017 Edição: 183.Seção: 1. Página: 68. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. 120 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. NOTA TÉCNICA Nº 1/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS 12 mai. 2020a. Disponível em <
https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200228_N_NotaTecnicaFluorBucal_5645488656394076236.pdf> Acesso em 19 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Programa Saúde nas Escolas. 2020b. Disponível em:
<<http://portal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>> Acesso em: 25 ago. 2020.

BRASIL. Ministério do Planejamento. 2020c. Disponível em:
<<http://pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude/br>> Acesso em: 23 set. 2020.

BREILH, J. **Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud**. In: Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Movimiento por la Salud de los Pueblos, Río de Janeiro, octubre de 2011. Universidad Andina Simón Bolívar, repositorio digital, sede Ecuador. Disponível em <
<http://repositorionew.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3404/1/Breilh%2C%20J-CON-109-Una%20perspectiva.pdf>> Acesso em 20 abr. 2020.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, Medellín, v. 31, supl 1, p.13-27, 2013.

BRIEM STAMM, A. D.; CARRIEGO, M. T. Odontología una aproximación a su evolución histórica. **FOUBA**, Buenos Aires, v. 33, n. 75, p. 35-42, 2º semestre 2018.

BOING, A. F. *et al.* Medidas de Condições Socioeconômicas em Estudos Epidemiológicos de Saúde Bucal. In: ANTUNES, J. L. F. e PERES, M. A. **Epidemiologia da Saúde Bucal**. 2º ed. São Paulo: Editora Santos, 2013. 738 p.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. Health, and its social determinants. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.17, p.77-93, 2007.

CANGUSSU, M. C. T. *et al.* Necessidades e problemas de saúde bucal no Brasil e tendências para as políticas de saúde. In: CHAVES, S.C. L.; organizadora. **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 47-76

CAPP. COUNTRY/AREA PROFILE PROJECT. Programa mundial de salud oral de la OMS para la vigilancia de la salud oral. **Projecto de perfil de país/ Área de salud oral. 2020**. Disponível em <<https://capp.mau.se/>> Acesso em 22 abr. 2020.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Políticas de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. **Políticas e o Sistema de saúde no Brasil**. 2°. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p.121-140.

CATANI, D. B. *et al.* Relação entre níveis de fluoreto na água de abastecimento público e fluorose dental. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 732-739, out. 2007. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500007> Acesso em 24 abr. 2020.

CARRER, F.C.A; PUCCA JUNIOR G.A. Sistema Único de Saúde. IN: 2. **Observatório ibero-americano de políticas públicas em saúde bucal: construindo um bloco por mais saúde bucal** / [Coord.] Fernanda Campos de Almeida Carrer e Gilberto Alfredo Pucca Junior: [Org.] Dorival Pedroso da Silva [et al.] – São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2018, 118 p.

CARRER, F. C. A. **SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir** / [Coord.] Fernanda Campos de Almeida Carrer, Gilberto Alfredo Pucca Junior, Maria Ercília de Araújo. [Org.] Dorival Pedroso da Silva, Mariana Gabriel, Mariana Lopes Galante. – São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019. 167p.

CELESTE, R. K.; NADANOVSKY, P. How much of the income inequality effect can be explained by public policy? Evidence from oral health in Brazil. **Health Policy**. 2010; v.97, n.2-3, p.250-8. Oct. 2010.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. **Base de dados**. Disponível em <<http://cnes.datasus.gov.br/>> Acesso em 9 de dezembro de 2020.

CEPAL. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. **Publicações, dados e estatísticas**. Disponível em <<https://www.cepal.org/pt-br>> Acesso em 10 dez. 2020.

CERDÁ, J. M. El sector salud en la Argentina de los '90. Controversias acerca de las obras sociales sindicales. Astrolabio nueva época: **Rev. Digital del Centro de Investigaciones y Estudio Sobre Cultura y Sociedad**, v. 7515, n 2. 2006

CETRÁNGOLO, O. D. Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. **Revista de economía política de Buenos Aires**, Buenos Aires: UBA v. 13, p. 145-183, 2014. Disponível em http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/ecopoli/ecopoli_v8_n13_05.pdf> Acesso em 19 dec. 2019.

CHIARA, M. *et al.* El universalismo en salud en Argentina entre 2003 y 2015: balances y desafíos desde una aproximación macro institucional. **Salud Colectiva**. Universidad Nacional de Lanús, v. 13, n. 4, p. 577-597.

COELHO, T. C. B. Magnitude dos gastos em saúde, evolução e impacto social. In: COELHO, T. C. B.; TELES, A. S.; FERREIRA, M. P. S. **Financiamento do SUS: abrindo a caixa-preta**. Feira de Santana: UEFS, 2016.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: Relatório final da CNDSS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 216.

CORA. Confederación Odontológica de la República Argentina. **Estudio epidemiológico nacional. Diagnóstico de la necesidad de tratamiento periodontal en adultos de la República Argentina**. 2009. [mensagem pessoal]. Estudo recebido por secretaria@cora.org.ar> em 28 de setembro de 2020. 2009

CORA. Confederación Odontológica de la República Argentina. COLOMBO, Y.; ULLOQUE, M. J.; ZARZA, J. A.; LUNA DE RODRIGUEZ, T. Estudio Epidemiológico Nacional Prevalencia de Experiencia de Caries en Escolares de 6 y 12 años en la Argentina. **Revista Salud Bucal** n° 132 Marzo-abril 2013.

CORVALAN, C.; DUARTE, E. C.; VAZQUEZ, E. **Desenvolvimento Sustentável e Saúde: tendências dos indicadores e desigualdades no Brasil**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2014. v.1. 30(Série Desenvolvimento Sustentável e Saúde). Disponível em

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desenvolvimento_sustentavel_desigualdade_brasil.pdf> Acesso em 20 abr. 2020. p. 34.

COSTA, D. P. et al. Desnutrição energético-protéica e cárie dentária na primeira infância. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 23, n. 1, p.119-126, jan./fev., 2010

CURY, J. A. Fluoretação da água: benefícios, riscos e sugestões. **Revista Odontológica do Brasil Central, ROBRAC.** v. 2, n. 5, p. 32-33.1992.

CURY, J.A. *et al.* Necessidade de revisão da regulamentação brasileira sobre dentifrícios fluoretados. **Rev. Saúde Pública**, 49:74. 2015

CHAVES, S.; MOYSÉS, S. Política e saúde: conceitos básicos e abordagens teórico-metodológicas para análise política em saúde bucal. In: CHAVES, S. C. L. organizadora. **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática.** Salvador: EDUFBA, 2016. p. 13-46.

DATASUS. Portal da saúde do Ministério da Saúde. **Assistência à saúde produção ambulatorial (SIA/SUS).** Disponível em

<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=19122>> Acesso em 9 de dezembro de 2020.

DE SANTIS, M.; HERRERO, V. Equidad en el acceso, Desigualdad y utilización de los servicios de salud. Una aplicación al caso argentino en 2001. **Revista de Economía y estadística, cuarta época.** v. 47, n. 1, p. 125-162, 2009.

DRUMMOND, A. M. A. *et al.* Inequality of Experience of Dental Caries between Different Ethnic Groups of Brazilians Aged 15 to 19 Years. **PLoS ONE** 10 (12): e0145553. 22 dec. 2015. Disponível em <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145553>> Acesso em 20 abr. 2020.

E-GESTOR. Atenção Básica. Informação e gestão da atenção básica. **Cobertura de Saúde Bucal.** Disponível em

<<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>> Acesso em 9 de dez. 2020.

FDI. Federación Dental Internacional. **El Desafío de las Enfermedades Bucodentales. Una llamada a la acción global**. Atlas de Salud Bucodental. 2ª ed. Ginebra: Federación Dental Internacional (FDI); 2015.

FDI. Federación Dental Internacional. Glick, M.; Williams, D. (FDI Think Tank co-chairs) **Vision 2020 Think Tank A new definition for oral health**. 2016. Disponível em <https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/images/oral_health_definition-exec_summary-en.pdf> Acesso em 21 mar. 2020.

FELDENS, C. A. *et al.* Maternal education in an independent determinant of cariogenic feeding practice in the first year of life. **Eur Arch Paediatr Dent**; v.13, n. 30, dez. 2012, p. 70-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/BF03262847> Acesso em 20 jun. 2020.

FISHER-OWENS, S. A. *et al.* Influences on Children's Oral Health: A Conceptual Model. **Pediatrics**; v. 120; n. 3, p.510-520, set. 2007.

FIORATI, R.C. *et al.* As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 24:e2687; 2016. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0945.2687>> Acesso em 2 mar. 2020.

FLEURY, S.; ASSIS, M. O. Políticas de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. **Políticas e o Sistema de saúde no Brasil**. 2º. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p 25-37.

FLICK, U. (2009). **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Porto Alegre, RS: Artmed.

FORT, A. *et al.* Distribución de caries dental y asociación con variables de protección social en niños de 12 años del partido de Avellaneda, provincia de Buenos Aires. **Salud Colectiva**, v. 13, n. 1, p. 91-104, 2017.

FRAZÃO, P e NARVAI, P. C. Projeto Vigifluor. **Cobertura e vigilância da fluoretação das águas no Brasil: municípios com mais de 50.000 habitantes**. Organizadores: Frazão P. e Narvai P. C. – São Paulo: faculdade de saúde pública da USP, 2017. Disponível em <<http://www.livrosabertos.sibi.usp.br/portaldelivrosUSP/catalog/view/181/165/787-1>> acesso em 6 de dezembro de 2020.

FREIRE, M. C. M. *et al.* Individual and contextual determinants of dental caries in Brazilian 12-year-olds in 2010. **Ver. Saúde Pública**, v.47 n 3, p.40-9, dez. 2013.

FRENK, J. El concepto y la medición de accesibilidad. **Salud Pública de México**, [S.l.], v. 27, n. 5, p. 438- 453, nov. 2014. Disponível em <<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422/411>> Acesso em 01 jun. 2020

GABARDO, M. C. *et al.* Water fluoridation as a marker for sociodental inequalities. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v.36, n.2, p.103-7, abr. 2008.

GARBOIS, J. A. *et al.* Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, pp. 63-76, 2017. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>> Acesso em 13 maio 2020.

GBD 2017. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, v.392, n 10159, p.1789–1858, 2018. Disponível em <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)> Acesso em 2 mar. 2020.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, abr. 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401475&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 02 set. 2020.

GOMES, V.E. *et al.* Cárie dentária na América do Sul: realidade entre escolares do Brasil e Argentina. **J Health Biol. Sci.** v.7, n 2, p.152-158, abr./jun. 2019.

GONZALEZ RIVAS, M. La salud bucal en la República Argentina. **Observatorio Iberoamericano de Políticas Públicas de Salud Bucal**. San Pablo, Brasil: 2018.p.18-29 Disponível em <https://issuu.com/mainesk/docs/espanhol_-_final> Acesso em 20 out. 2019.

GLICK, M. *et al.* A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation. Opens the door to a universal definition of oral health. **International Dental Journal**, v. 66, n. 6, p. 322-324, dez. 2016.

HOBDELL M, PETERSEN PE, CLARKSON J, JOHNSON N. 2003. Objetivos globales para la salud bucal 2020. **Int Dent J.** v. 53, n. 5, p. 285–288.

HOLST, D. *et al.* Caries en poblaciones: un enfoque teórico causal. **European Journal of Oral Sciences**; 21 dez. 2001. Wiley Online Library. Disponível em

<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1034/j.1600-0722.2001.00022.x>> Acesso em: 4 set. 2020.

IARC. International Agency of Research of Cancer. World Health Organization. **Cancer Today**. 2018. Disponível em <<http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/1-Lip-oral-cavity-fact-sheet.pdf>> Acesso em 18 mar. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais** 2019. Disponível em <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/25882-extrema-pobreza-atinge-13-5-milhoes-de-pessoas-e-chega-ao>> Acesso em 26 abr. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Países 2020**. Disponível em <<https://pais.es.ibge.gov.br/#/>> Acesso em 19 mai. 2020 a.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/>> Acesso em 6 de dez. 2020b.

IBGE. Instituto de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2017**. 2020c, 124 p.

IGLESIAS, M. E. D.; GÓMEZ, A. M. M. Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso. **ACIMED**, Ciudad de La Habana, v. 12, n. 2, p. 1-5, mar./abr. 2004.

IHME. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Findings from the Global Burden of Disease Study 2017**. Seattle, WA: IHME, 2018. Disponível em <<http://www.healthdata.org/policy-report/findings-global-burden-disease-study-2017>> Acesso em 20 mar. 2020.

INDEC. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo 2010. Disponível em <<https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>> Acesso em 6 de dezembro de 2020.

INDEC. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Condiciones de vida. v. 4; n 4. Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre de 2019.

Disponível em

<https://www.indec.gov.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_02_195EFE752E31.pdf>
> Acesso em 18 mai. 2020.

KASSEBAUM, NJ, SMITH, A., BERNABÉ, E., FLEMING, TD, REYNOLDS, AE, VOS, T., MURRAY, C., MARCENES, W. Y GBD 2015 ORAL HEALTH COLLABORATORS. 2017. Años de vida ajustados por prevalencia, incidencia y discapacidad a nivel mundial, regional y nacional para las afecciones bucales en 195 países, 1990-2015: un análisis sistemático de la carga mundial de enfermedades, lesiones y factores de riesgo. **Revista de investigación dental**, v. 96, n.4, p. 380–387.

KRIPKA et al., 2015. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. Artículo de revisión. **Revista de investigaciones UNAD**. Bogotá - Colombia n. 14, julio-diciembre 2015.

LAMY, R. L.R. F. *et al.* Iniquidades sociais e saúde bucal: revisão integrativa. **Rev. Aten. Saúde.**, v 18, n 63, p. 82-98, 2020. Disponível em <https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6094/0> Acesso em 26 abr. 2020.

LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social". **Revista Latinoamericana de Salud, México**. Trad. E. D. Nunes, v.2, p. 7-25, 1982.

LISTL S, GALLOWAY J, MOSSEY PA, MARCENES W. 2015. Impacto económico global de las enfermedades dentales. **J Dent Res**. v. 94, n. 10, p. 1355-1361.

LUCAS, S.D. **Cumprimento de algumas metas da OMS para a cárie dentária em Mina Gerais**. Tese (Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública.) ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

MACHADO, C. V. Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2197-2212, jul. 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702197&lng=pt&tlng=pt>Aceso em 15 maio 2020.

MATHUR, M. R. *et al.* Universal health coverage: a unique policy opportunity for oral health. **J Dent Res**, v.94, Suppl 3, p.3S-5S, Mar 2015.

MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. D. F. Capítulo 2. Sobre política (o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA 2015. p.107-125

MERCOSUR. Reglamento técnico MERCOSUR sobre lista de sustancias que los productos de higiene personal, cosméticos y perfumes no deben contener, excepto en las condiciones y con las restricciones establecidas (Derogación de las Res. GMC N° 26/05). 2009

MERCOSUR/xxxiv sgt n°11/p.res. N° 11/09- rev.1

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: HUCITEC, 2010. 407p.

MOIMAZ, S.A.S. Vigilância em saúde: Fluoretação das águas de abastecimento público em 40 municípios do Estado de São Paulo. **Cien. Saúde Colet.**, v.0450, out. 2018. Disponível em <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/vigilancia-em-saude-fluoretacao-das-aguas-de-abastecimento-publico-em-40-municipios-do-estado-de-sao-paulo/16983?id=16983>>

Acesso em 24 mar. 2020

MOYSÉS, S. J. Políticas de Atenção à Saúde Bucal: o cenário internacional e o Brasil. In: GIOVANELLA, L. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 609-622.

MURRAY, J. J. World Health Organization, International Dental Federation & W.K. Kellogg Foundation. **El uso correcto de fluoruros en salud pública**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1986. 129 p.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: um conceito. **Odontol Soc.**, v.3 p. 47-52. 2001

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Epidemiologia, política e saúde bucal coletiva. In: **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 441 p.

NARVAI, P. C.; MANFREDINI, M. A. Saúde Bucal: trinta anos depois da 1ª Conferência Nacional. **Cebes**.2016. Disponível em: < <http://cebes.org.br/2016/10/saude-bucal-trinta-anos-depois-da-1a-conferencia-nacional/>> Acesso em 25 ago. 2020

NEVES, M. *et al.* Atenção primária à saúde bucal no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, maio 2019.

NORONHA, J. C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n. 5, p.847-849, mai. 2013.

NUNES, E. D. Sobre a história da saúde pública: ideias e autores. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 5, n. 2, p. 251-64, 2000.

ODS ARGENTINA. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável Argentina. **Indicadores Argentinos para os objetivos de desenvolvimento sustentável**. Disponível em < <https://plataforma.odsargentina.gob.ar/explora> > Acesso em 9 de dezembro de 2020.

ODS BRASIL. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável Brasil. **Indicadores Brasileiros para os objetivos de desenvolvimento sustentável**. Disponível em < <https://odsbrasil.gov.br/> > Acesso em 9 de dezembro de 2020.

OIPPSB. Observatório Ibero-americano de Políticas Públicas em Saúde Bucal. Disponível em < <https://sites.usp.br/iberoamericanoralhealth/> > Acesso em 19 mai. 2020.

OLIVEIRA, M. 2007. **Como fazer Pesquisa Qualitativa**. Petrópolis, RJ: Vozes.

OMS. Organização Mundial da saúde. **Conferencia internacional de Atención Primaria de Salud**. Alma-Ata, URSS, 6 al 12 de septiembre de 1978.

OMS. Organização Mundial da saúde. **DMFT levels at 12 years**, 1996. Geneva: WHO; 1996.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Guías para la calidad del agua potable (Vol. I, II, III)**. Washington DC: WHO; 1998.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Petersen, P.E. & WHO Oral Health Program 2003. **The world oral health report 2003**: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Program. Geneva: WHO, 2003. Disponível em < <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68506> > Acesso em 21 mar. 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Assembleia Mundial da Saúde. Executive Board 120th. Session Provisional Agenda item 4.6. **Oral health: action plan for promotion and integrated disease prevention**: report by Secretariat. 30 nov. 2006. Geneva: WHO; 2007. Disponível em < https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/21909/b120_10-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y > Acesso em 21 mar. 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **El informe mundial de salud: financiamiento de sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789241564021_eng.pdf?ua=1> Acesso em 22 abr. 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Determinantes Sociales de la Salud: resultados sobre la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la salud (Rio de Janeiro, Brasil, octubre de 2011)**. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_15-sp.pdf> Acesso em: 20 abr. 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **A comprehensive global monitoring framework including indicators and a set of voluntary global targets for the prevention and control of non-communicable diseases. Second who discussion paper**. Version dated 22 March 2012. Disponível em: <https://www.who.int/nmh/events/2012/discussion_paper2_20120322.pdf> Acesso em: 21 set. 2020

OMS. Organização Mundial da Saúde. Oral health surveys: basic methods – 5th ed. © World Health Organization 2013. In: **Levantamentos em saúde bucal: métodos básicos – Tradução: Profa. Dra. Maria Gabriela Haye Biazevic. Revisão técnica: Prof. Dr. Antônio Carlos Frias. 5a ed. São Paulo: Faculdade de Odontologia Universidade de São Paulo (FOUSP) 2017.** Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97035/9788570400086-por.pdf;jsessionid=6D5E467781C66181DDE55637E16F0B1F?sequence=14>> Acesso em 20 mar. 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde; Banco Mundial. **Monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global**. Marco de trabajo, medidas y metas mayo de 2014. Geneva: WHO, 2014, 16 p. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112827/WHO_HIS_HIA_14.1_spa.pdf?sequence=1> Acesso em 21 abr. 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Dos Objetivos o Desenvolvimento do Milênio há os novos Objetivos do desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas**. Comunicado de

prensa. Geneva: WHO, 2015. Disponível em <<https://www.who.int/es/news-room/detail/08-12-2015-from-mdgs-to-sdgs-who-launches-new-report>> Acesso em 21 mar. 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Salud Bucodental**. 25 mar 2020a. Disponível em: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>> Acesso em 21 mar. 2020.

OMS. Organização Mundial da saúde. **Administração da OMS**. 2020b. Disponível em: <<http://www.who.int/governance/en/index.html>> Acesso em 21 mar. 2020.

OMS. Organização Mundial da saúde. El Observatorio Global de la Salud. 2020c. Disponível em: <<https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3354>> Acesso em: 29 set. 2020.

ONU. Organização das Nações Unidas. Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. 24 jan. 2012. Disponível em <https://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf?ua> Acesso em 2 jul. 2020.

ONUBR. Organização das Nações Unidas no Brasil. **Sistema de saúde público brasileiro é referência internacional, diz Banco Mundial**. 2013. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/sistema-de-saude-publica-brasileiro-e-referencia-internacional-diz-banco-mundial/>> Acesso em 21 mar. 2020.

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde — Representação do Brasil. COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. D.; SILVESTRE, R. M. (organizadores). **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. p.33. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 11). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf> Acesso em 22 abr. 2020.

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. **53o Conselho Diretor 66a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas**. Washington, D.C., EUA, 29 de setembro a 3 de outubro de 2014. Disponível em <<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-14-p.pdf>> Acesso em 6 abr. 2020.

OPS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. **160th Session of the Executive Committee**. 26-30 June 2017. Washington, D.C., USA. 2017a.

Disponível em <<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34217/CE160-INF-7-e.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>> Acesso em 21 mar. 2020.

OPS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. **Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030**: Um chamado à ação para a saúde e o bem-estar na região. 25 a 29 de setembro de 2017, Washington, D. C., EUA. 2017b.

Disponível em <<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49172/CSP296-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em 23 abr. 2020.

OPAS/OMS. Organização Pan Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Gestão do conhecimento e comunicação. **Brasil e OPAS/OMS juntos para a saúde global?** Fev., 2013. Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3225:brasil-e-opas-oms-juntos-para-a-saude-global&Itemid=842> Acesso em 21 mar. 2020.

OPS. Organización Panamericana de la Salud. PAGANINI, J.M. Los sistemas locales de salud: una estrategia para favorecer la cobertura y la equidad en salud. In: BENGUIGUI, Y.; et al. **Acciones de salud materno infantil a nivel local**: según las metas de la Cumbre Mundial en favor de la infancia. Washington DC: OPS, 1999. p. 17- 25, (OPS Series HCT/AIEPI, 4.E).

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 587-603.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet** 2011; 377(9779):1778-1797 Disponível em <https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf> Acesso em 2 de julho de 2020.

PAULIQUE, N. C.; CRUZ, M. C. C.; SIMONATO, L. E.; MORETI, L. C. T.; FERNANDES, K. G. C. Manifestações bucais de pacientes soropositivos para HIV/AIDS. **Arch Health Invest**, v. 6, n.6, p:240-244, 2017.

PERES, M. A.; ANTUNES, J. L. F.; PERES, K. G. Is water fluoridation effective in reducing inequalities in dental caries distribution in developing countries? Recent findings from Brazil. **Sozial- und Präventivmedizin SPM**, v.51 n.5, p. 302-310, 2006.

PERES M. A. et al. Oral diseases: a global public health challenge [published correction appears in *Lancet*. 2019 Sep 21;394(10203):1010]. **Lancet**. 2019;394(10194):249-260. Disponível em <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31146-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31146-8/fulltext)> Acesso em 2 jul. 2020

PETERSEN, P. E. Social inequalities in dental health. Towards a theoretical explanation. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.18, n.3, p.153-8, Jun 1990.

PETERSEN, P. E. The world Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v 31, n S1 p. 3-24, 31 dez. 2003.

PINTO, J. C. *et al.* Ciclo de uma política pública: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: PAIM, J. ALMEIDA-FILHO, N. de. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014, p.69-81

PMAQ. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. **Manual instrutivo anexo ficha de qualificação dos indicadores**. 2^a ed. Ministério da Saúde. Brasília, DF. 2015.

PRADO, B. N.; VACCAREZZA, G. F. Alterações bucais em pacientes diabéticos. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 25, n. 2, p. 147 - 153, dez. 2017. Disponível em: <<http://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/revistadaodontologia/article/view/329>> Acesso em: 21 set. 2020.

PROAPS REMEDIAR. Ministério de salud. Edición especial. Presidencia de la Nación. **Caracterización de los Centros de Salud del País**. Marzo 2006.

PSE. Programa Saúde na Escola. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Ministério da Saúde. **Ações do PSE**. 2019

PROKOCIMER, T. *et al.* Birth-weight, pregnancy term, pre-natal and natal complications related to child's dental anomalies. **J Clin Pediatr Dent**; v, 39, n. 4, p. 371-76. 2015

RAHMAN, G. *et al.* Periodontal health awareness among gynecologists in Riyadh, Saudi Arabia. **J Int Soc Prev Community Dent**; v. 5, n. 3, p. 211-17, 2015.

ROSSI, T. R. A.; CHAVES, S. C. L. Implementação da Atenção Especializada em Saúde Bucal em dois municípios na Bahia/Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro v 39 n. spe, p. 196-206, dez 2015. Disponível em < <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005186>> Acesso em 21 mar. 2020

ROSSI, P. H.; FREEMAN, H. E.; LIPSEY, M. W. **Evaluation: A systematic approach**. 8. ed. Thousand Oaks: Sage, 2019. 341p.

RUIZ, R.L. Remoción de flúor en agua mediante adsorción en suelos residuales. 2017.113 p.[tesis]- Córdoba, Argentina, marzo de 2017.

SANTANA, M. 4ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: uma urgência. **Jornal Odonto**. Ano XI n. 195, 2016. Disponível em <<https://www.jornaldosite.com.br/materias/artigos&cronicas/anteriores/marcossantana/marco ssantana195.htm>> Acesso em: 25 ago. 2020.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Social Determinants of Health. Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO, 2010.

SOSA-ROSALES, M. Evolución de la fluoruración como medida para prevenir la caries dental. **Revista. Cubana de Salud Pública**; v.29 n. 3, p.268-274; 2003.

SOUZA, D. O. *et al.* Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde Soc**. São Paulo, v.22, n.1, p.44-56, 2013.

SOUZA J., KANTORSKI L. P., LUIS M. P. V. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago. 2011.

SPINELLI, H. La acción de gestionar y gobernar frente a las desigualdades: un nuevo punto en la agenda del pensamiento crítico en América Latina. In: HARTMAND, C. E.; et al. (compiladores). **¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?** Memoria del Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud. México D.F: Universidad Autónoma Metropolitana. 2011, p.113-133.

TESTA, M. Mario Testa e o Pensamento Estratégico em Saúde. In: URIBE RIVERA, F. J. (Ed.). **Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico**: Pensamento Social e Saúde. 2º ed. São Paulo, Brasil: Cortez Editora Ltda, 1989.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas: ABRASCO, 1992. p.65-98.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica da programação**. Rio de Janeiro: São Paulo: HUCITEC, 1995. p. 15-97.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L; et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

TRIVIÑOS, A. 1987. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas.

UNESCO. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura. Disponível em <https://es.unesco.org/> Acesso em 6 de dezembro de 2020.

URRA COLETTI, C.; BONFIGLIO, J.I.; VERA, J. Y SALVIA, A. (COORD.). Pobreza monetaria y vulnerabilidad de derechos. Inequidades de las condiciones materiales de vida en los hogares de la argentina urbana (2010-2018). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: educa, 124 p. **Boletín De Estudios Geográficos**, (111), feb-jul 2019.147-150.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. 110 p.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Trad. Daniel Grassi - 2.ed. -Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZILBOVICIUS, C. *et al.* Água e Saúde: Fluoretação e revogação da Lei Federal 6.050/1974. **R. Dir. sanit.**, São Paulo v.18 n.3, p. 104-124, nov. 2017. /fev. 2018

APÊNDICES

Apêndice A: Indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável selecionados e metas estabelecidas para 2030 que serviram como guia para a escolha de indicadores desta pesquisa.

ODS	Indicador para ODS	Meta ODS até 2030
ODS 1 Erradicação da pobreza	Índice de pobreza Índice de pobreza extrema	Erradicar a pobreza extrema para todas as pessoas em todos os lugares, atualmente medida como pessoas vivendo abaixo dos limites da pobreza internacional
ODS 2 Fome zero	População abrangida pela proteção social	Acabar com a fome e garantir o acesso de todas as pessoas, em particular os pobres e pessoas em situações vulneráveis, incluindo crianças, a alimentos seguros, nutritivos e suficientes durante todo o ano
ODS 3 Boa saúde e bem-estar	Razão de mortalidade materna	Reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos
	Razão de mortalidade neonatal Razão de mortalidade infantil Taxa de mortalidade em menores de 5 anos	Acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos
	Prevalência de consumo de tabaco	Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado
	Taxa de mortalidade por AIDS	Acabar com a epidemias de AIDS [...] e outras doenças transmissíveis
	Taxa de mortalidade por Diabetes Mellitus	Reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento
	Investimento em saúde % do PIB	Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e

	Número de profissionais de saúde por habitante (adaptado a CD)	formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento
ODS 4 Educação e qualidade	Taxa de analfabetismo Acesso à educação na primeira infância Índice de paridade no acesso à educação Investimento em educação	Acesso a um desenvolvimento de qualidade na primeira infância. Eliminar as disparidades de gênero na educação e garantir a igualdade de acesso a todos os níveis de educação e formação profissional para os mais vulneráveis, incluindo as pessoas com deficiência, povos indígenas e as crianças em situação de vulnerabilidade.
ODS 6 Água potável e saneamento	Acesso a água de rede Acesso ao esgoto	Alcançar o acesso universal e equitativo a água potável e segura para todos Alcançar o acesso a saneamento e higiene adequados e equitativos para todos
ODS 10 Redução das desigualdades	População abaixo de 50% da renda média Desigualdade de renda Índice de desenvolvimento humano	Empoderar e promover a inclusão social, econômica e política de todos, independentemente da idade, gênero, deficiência, raça, etnia, origem, religião, condição econômica ou outra Alcançar progressivamente uma maior igualdade de renda

Fonte: Elaboração da Autora em base ao ODS 2030 da ONU.

Apêndice B: Linha do tempo. Documentos coletados na pesquisa prévia.

Ano	Argentina	Brasil
2000	<p>Marco Estratégico-Político para a Saúde</p> <p>Resolução 939/2000 (B. O. 7 de nov. de 2000): PMO para os agentes compreendidos no art. 1º da lei 23.660 junto com o catálogo de serviços e o guia para diagnóstico e tratamento na APS</p> <p>Governo Fernando de la Rúa (FDR)</p>	<p>Portaria nº 1444, de 28 de dezembro de 2000: Inclusão da Saúde Bucal na ESF. Criação da ESB</p> <p>Fernando Henrique Cardozo (FHC)</p>
2001	<p>FDR</p> <p>Governo 22/12/2001 Adolfo Rodríguez Saá (ARS)</p>	<p>Portaria nº 267, de 6 de março de 2001: Reorganização das ações de saúde bucal na Estratégia do Programa Saúde Família. Inserção da ESB na ESF</p> <p>FHC</p>
2002	<p>Resolução 201/2002 (B. O. 14 abr. 2002): Programa Médico Obrigatório de Emergência (PMOE). Conjunto de serviços básicos essenciais garantidos para os agentes compreendidos no art. 1º da lei 23.660</p> <p>Governo 2/01/2002 Eduardo Duhalde (ED)</p>	<p>FHC</p>
2003	<p>ED</p> <p>Governo 25/05/2003 Néstor Kirchner (Kirchner)</p>	<p>Lançamento do PBS</p> <p>Criação da Política Nacional de Humanização-HumanizaSUS</p> <p>Luiz Inácio Lula da Silva (Lula)</p>
2003	<p>Plano federal de saúde 2004-2007</p> <p>Governo Kirchner</p>	<p>Criação do PBS</p> <p>Criação dos CEOs e LRPD</p> <p>Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal</p> <p>Portaria nº 518, de 25 de março de 2004: Valor máximo permitido do fluoreto 1,5 mg/l de água</p> <p>Lula</p>
2005	<p>Resolução 191/2005 Ministério de Saúde e Ambiente (B. O. 5 de janeiro de 2006): PMOE, aprova as previsões da resolução 201/02-MS e revoga a resolução 939/00 (Vigente no ano 2020)</p> <p>Criação do Programa Federal Nascer nas regiões NOA e NEA (crianças até 5 anos e mulheres grávidas)</p> <p>Governo Kirchner</p>	<p>Lula</p>

2006		Política Nacional de Atenção Básica 2006: Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 e diretrizes da PNAB
Governo	Kirchner	Portaria nº 599 de 23 de março de 2006: implantação dos CEOs e LRPD. Política Nacional de Promoção da Saúde: Portaria nº 687 de 30 de março de 2006. Lula
2007	Ampliação do Programa Nascer em todo o país	Criação do Programa Saúde na Escola
Governo	Kirchner 10/12/2007 Cristina Fernández de Kirchner (CFK)	Lula
2008	Criação Programa Sanidade Escolar. R. 349/2008	
Governo	CFK	Lula
2009		Criação da unidade odontológica móvel
Governo	CFK	Lula
2010		Financiamento específico SB na área Hospitalar. Atendimento hospitalar para pessoas com necessidades especiais Criação e inclusão dos procedimentos de implantes e prótese sobre implante e ortodontia no SUS
Governo	CFK	Lula
2011	Lei 26.682 (B.O. 17 de maio de 2011): medicina pré-paga, obrigatoriedade de serviços mínimos constituídos pelo PMO da resolução 1991/2005 (B.O. de 5 de janeiro de 2006)	PBS indígena Programa valorização da AB para dentistas Diretrizes da PNAB
Governo	CFK	Dilma Rousseff (Dilma)
2012	Criação do Programa Sumar como ampliação do Programa Nascer (mulheres grávidas, crianças e adolescentes, homens e mulheres até 64 anos)	Portaria GM/MS nº 793, de 24/4/2012: Saúde Bucal na Rede e Plano Nac. Pessoas com Deficiência
Governo	CFK	Dilma
2013		
Governo	CFK	Dilma
2014	Criação do Programa Argentina Sorriso	Instituição dos GraduaCEO
Governo	CFK	Dilma
2015	Criação da Direção Nacional de Saúde Bucal. Decreto 580/2015	Programa melhoria do acesso e qualidade dos CEOs. Portaria nº 1.599 30 set. 2015
Governo	CFK	

	10/12/2015 Mauricio Macri (Macri)	Dilma
2016	Revogação do Programa Argentina Sorriso Modificação nome Programa de Sanidade Escolar para Programa Nacional de Saúde Escolar (PROSANE) Criação do Programa Nacional de Salud para os Povos Indígenas Criação da CUS, Decreto 908/2016 em 2 de ago. 2016 Macri	Emenda Constitucional nº 95: redução dos recursos do sus Dilma até 31/08/2016 Michel Temer (Temer)
2017	Criação do Programa Nacional de Reabilitação Bucal, Resolução 440/2017 em 21 de abr. 2017 Criação do Programa Nacional de Câncer Bucal, Resolução 754/2017 em 21 de jun. 2017 Macri	Diretrizes da PNAB. Mudança na forma de financiamento da AB Temer
2018	Lei de Ministérios, Modificação (diminui à categoria de secretarial o MSAL) Macri	Temer
2019	Lei Ministérios, Modificação (volta à categoria ministério o MSAL) Estratégia implementação da CUS. Decreto 32/2019 Macri 10/12/2019 Alberto Fernández (Fernández)	Indicador do pré-natal odontológico no Programa Previne Brasil Criação do Programa Saúde na hora Criação das ESB com carga horária reduzida Jair Bolsonaro (Bolsonaro)
2020	Covid-19 ¹ Fernández	Nota técnica 1/2020 MS flúor mínimo 1000 ppm Criação de INE próprio e de ESB Covid-19 ¹ Bolsonaro

Fonte: Elaboração da Autora. ¹ Documentos específicos sobre a prática odontológica durante a pandemia Covid-19. Cores dos presidentes: em azul, presidentes eleitos por voto direto; em amarelo, presidentes eleitos indiretamente ou juntas governativas provisórias.

Apêndice C: Pesquisa prévia. Dados disponíveis para cada indicador selecionado, ano e fonte.

Indicador	Argentina	Brasil
Dimensão social		
População	2000 até 2020. INDEC	2000 até 2020. IBGE
População Indígena	2005, 2010. INDEC	2000, 2010. IBGE
Taxa analfabetismo	2000 até 2018 UNESCO	2000 até 2018 UNESCO
Acesso à educação 1º infância	2014, 2015, 2016, 2017 ODS 4.2.2	2012 até 2016 ODS4.2.2
Investimento % PIB Educação	2000 até 2015. UNESCO e ME	2000 até 2017. UNESCO MEC ME
Dimensão Econômica e gasto em saúde		
Índice de pobreza	2000 até 2018 CEPAL	2001 até 2018 CEPAL
Pobreza extrema	2000 até 2018 CEPAL	2001 até 2018 CEPAL
Taxa emprego informal	2010 até 2018 INDEC	2002 até 2020 IBGE
Taxa desemprego	2016 até 2020 INDEC	2002 até 2020 IBGE
Índice de GINI	2000 até 2018. BANCO MUNDIAL	2001 até 2018. BANCO MUNDIAL
Índice de desenvolvimento humano	2000 ATÉ 2017. ONU (PNUD)	2000 ATÉ 2017. ONU (PNUD)
Gasto em transporte	2017-2018. INDEC	2017-2018. IBGE
Gasto público em saúde % PIB gasto total? /	2000 até 2017 CEPAL	2000 até 2017 CEPAL
Gasto público em saúde <i>per capita</i>	2000 até 2017. OMS (Observatório Mundial de Saúde)	2000 até 2017. OMS (Observatório Mundial de Saúde)
Gasto como desembolso direto % do gasto total em saúde	2000 até 2017. OMS (Observatório Mundial de Saúde)	2000 até 2017. OMS (Observatório Mundial de Saúde)
Gasto privado em saúde % gasto total em saúde	2000 até 2017. OMS (Observatório Mundial de Saúde)	2000 até 2017. OMS (Observatório Mundial de Saúde)
Dimensão Ambiental		
Serviços de saneamento básico seguro	2000 até 2017 OMS	2000 até 2017 OMS
Serviços de acesso à água potável segura.	2000 até 2017 OMS	2000 até 2017 OMS
Acesso à água fluoretada	2000 até 2020 MSAL	2008 e 2010-2015 2017 CECOL e Pesquisa Nac. Saneamento Básico 2017
Vigilância sanitária SB	2000 até 2020 MSAL	2008 e 2010-2015 2017 CECOL e Pesquisa Nac. Saneamento Básico 2017
Dimensão Saúde Geral		
Qualidade de vida		
Mortalidade materna	2000 até 2017. OMS	2000 até 2017. OMS
Mortalidade infantil	2013 até 2018. OMS	2013 até 2018. OMS
Mortalidade neonatal	2013 até 2018. OMS	2013 até 2018. OMS
Baixo peso ao nascer	2012-2019. INDEC	2000-2019 SINASC
Desnutrição infantil até 5 anos	2005 e 2019. BANCO MUNDIAL	2002-2007 BANCO MUNDIAL
Risco de morte por DCNT	2000, 2005, 2010, 2015 e 2016. OMS	2000, 2005, 2010, 2015 e 2016. OMS
Prevalência de HIV	2000 até 2019 OMS	2000 até 2019. OMS
Prevalência consumo tabaco	2007 até 2018 OMS	2007 até 2018. OMS
Prevalência consumo de álcool	2010, 2016, 2018. OMS	2010, 2016, 2018. OMS
Saúde Bucal		
CPOD 12 anos	2004 (OPAS), 2013 (CORA)	2003, 2010 3º conf. E PNSB

% necessidade de tratamento por cárie dentária (5-13 anos)	2014 PROSANE	2010 PeNSB
% necessidade de tratamento por doença periodontal adultos	2009 CORA	2010 PeNSB
% necessidade de tratamento por má oclusão (5-13 anos)	2014 PROSANE	2010 PeNSB
Incidência de câncer bucal	2017 IARC	2020 DATASUS INCA
Mortalidade por câncer bucal	2017 IARC	2020 DATASUS
Odontólogos por 10.000 h.	2010, 2017 INDEC REFEPS	2000, 2005, 2017, 2020 IBGE/SIRH CFO
Cobertura estimada na APS	2018, 2019, 2020 DATASET	2007 até 2020 e-Gestor Atenção Básica
Cobertura estimada em SB	2018, 2019, 2020 MSAL e DATASET	2007 até 2020 e-Gestor Atenção Básica
Estabelecimentos para pessoas com deficiência cada 10.000 h.	2020 MSAL	2017 MS
Evolução de um indicador de Acesso à Saúde Bucal	2014-2020 MSAL P. Sumar	2008-2019 DATASUS
População atingida por programa Inter setorial saúde-educação	2014 PROSANE	2014, 2015 SISAB variável INEP da escola
Ações em SB na APS	2020	2020
Ações em SB no 2º Nível	2020	2020

Fonte: Elaboração da Autora

Apêndice D: Produto Técnico

A partir da ausência de dados na Argentina em algumas áreas e subsetores, da fragmentação dos dados, da falta de indicadores de cobertura em saúde bucal e de acesso à saúde bucal surgiu a necessidade de criar indicadores adaptados à Argentina para a cobertura e o acesso. Os indicadores que existem no Brasil nas bases de dados oficiais e que foram muito utilizados na literatura, principalmente em estudos avaliativos das políticas, coloca ao país como referente para aproximarmos a pensar como mensurar a cobertura e o acesso à saúde bucal na Argentina, mas tendo em consideração as adaptações necessárias para obter indicadores de qualidade e que sejam possíveis de serem utilizados por outros pesquisadores, tanto como por gestores na área do planejamento de ações em saúde bucal.

Para ambos os países foram criados indicadores de acesso a um programa intersetorial, indicadores de oferta em serviços de saúde bucal no primeiro e segundo nível de atenção. No caso da Argentina, foi criado um indicador de acesso à saúde bucal em gestantes, tendo como parâmetro que já existe para o Brasil um indicador de acesso à saúde bucal em gestantes segundo a PMAQ (2015).

Indicador Cobertura Estimativa de Saúde do Programa Sumar na Argentina:

Nº de pessoas com Cobertura Efetiva Básica do Programa Sumar

Estimativa populacional com cobertura exclusiva do setor público

A cobertura efetiva básica (CEB) do Programa Sumar representa a quantidade de beneficiários do programa que estão cadastrados e fizeram pelo menos uma prestação de saúde nos últimos 12 meses o que garanta permanecer como beneficiários com CEB. Esta estratégia sanitária motiva a APS, a prevenção e o acesso efetivo da população aos centros de saúde (ARGENTINA, 2020b).

Indicador Cobertura Estimativa Populacional em Saúde Bucal na Argentina:

Nº de CAPS setor público com Equipe de Saúde Bucal *3.200 * 100

Estimativa populacional com cobertura exclusiva do setor público

O número de pessoas com CEB com acesso à saúde bucal é calculado pela quantidade de CAPS que oferecem odontologia, sendo a cobertura para cada CAPS em média de 3.200 pessoas (PROAPS-REMEDIAR, 2006).

Indicador População Atingida por um Programa Intersetorial:

Este indicador serve para comparar a porcentagem de população atingida por um programa intersetorial. Aquela população que tem acesso à controle integral em saúde, incluindo a saúde bucal, e às ações preventivas em saúde bucal (escovação coletiva, promoção da saúde bucal, aplicação coletiva de flúor gel) pela intersetorialidade das políticas em saúde bucal através de um programa específico. Neste caso, foram escolhidos o Programa Saúde na Escola realizado em escolas públicas para o Brasil e o PROSANE realizado em escolas públicas e privadas na Argentina.

Para o Brasil:

$$\frac{\text{Pessoas participantes no Programa Saúde na Escola}}{\text{População total da escola pública mesma faixa etária estimada em determinado local e período}} \times 100$$

Para a Argentina:

$$\frac{\text{Pessoas participantes no PROSANE}}{\text{População total da mesma faixa etária estimada em determinado local e período}} \times 100$$

Indicadores Oferta de Serviços em Saúde Bucal:

Foram criados tanto para a Argentina como para o Brasil com a intenção de obter indicadores que mensurem a oferta de serviços de saúde bucal no primeiro e segundo nível de atenção e que podam ser comparáveis entre os países.

Analisa as ações odontológicas abrangidas no primeiro nível de atenção e as ações contempladas pelos centros de especialidade odontológicos nos países. São expressas em porcentagem com objetivo de conhecer a proporção das ações que resolvem os problemas de saúde bucal no primeiro e segundo nível de atenção. Para o caso da Argentina foi necessário conhecer a abrangência nos setores público e seguridade social e as diferenças entre eles. Estas informações permitem avaliar a oferta de serviços, a porcentagem de poder de resolubilidade na APS e comparar países. Os dados foram obtidos dos processos de trabalho para cada nível descritos nas diretrizes das políticas (PNSB e PNAB para o Brasil e *Programa Sumar* e *Programa Médico Obligatorio* para a Argentina).

Oferta de Serviços em Saúde Bucal no primeiro nível de atenção:

Para o Brasil:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de Ações da ESB na ESF} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de Ações da ESB} + \text{n}^\circ \text{ de Ações especializadas nos CEOs}}$$

Para a Argentina:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de Ações odontológicas no primeiro nível de atenção pela seguridade social} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de Ações odontológicas no primeiro nível de atenção} + \text{n}^\circ \text{ de Ações especializadas}}$$

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de Ações odontológicas no primeiro nível de atenção no setor público} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de Ações odontológicas no primeiro nível} + \text{n}^\circ \text{ de Ações especializadas}}$$

Oferta de Serviços em Saúde Bucal no segundo nível de atenção:

Para o Brasil:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de Ações especializadas nos CEOs} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de Ações da ESB} + \text{n}^\circ \text{ de Ações especializadas nos CEOs}}$$

Para a Argentina:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de Ações odontológicas no primeiro segundo nível de atenção pela seguridade social} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de Ações odontológicas no primeiro nível de atenção} + \text{n}^\circ \text{ de Ações especializadas}}$$

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de Ações odontológicas no segundo nível de atenção no setor público} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de Ações odontológicas no primeiro nível} + \text{n}^\circ \text{ de Ações especializadas}}$$

Indicador de Acesso à Saúde Bucal na Argentina:

Foi considerado o número total de consultas programadas em gestantes (consultas de primeira vez e inativação de carie dentária) no Programa Sumar por ano, em todas as províncias que formam parte do programa entre 2012 e 2020. Neste caso, os dados não estavam disponíveis nas bases de dados de acesso livre. Os dados foram fornecidos pelo MSAL para esta pesquisa em arquivo Excel por província e por ano.

Apêndice E: Codificação documental, Argentina.

Data	Documento	Descrição	Código
9 de abril de 2002	Resolução 201/2002 (MSAL)	Aprova o Programa médico obrigatório de Emergencia (PMOE) integrado por o conjunto de serviços básicos essenciais garantidos pelos agentes de seguro de saúde compreendidos no artículo 1° da Lei 23.660	A.R.1
13 de março de 2015	Resolução 11/2015	Programa Nacional de Saúde Escolar	A.R.2
7 de setembro de 2012	Resolução 1460/2012 (MSAL)	Programa Sumar. Lineamentos	A.R.3
14 de abril de 2015	Decreto 580/2015 (Administração Pública Nacional)	Modificação do organograma de aplicação do MSAL. Criação da DINASAB e da Direção de Políticas em saúde Bucal, na esfera da Subsecretaria de Equidade em Saúde.	A.D.4
25 de julho de 2016	Resolução 1013-E/2016 (MSAL)	Criação do Programa de saúde para os Povos Indígenas, no âmbito da Direção Nacional de Atenção Comunitária da Subsecretaria de APS da Secretaria de Promoção, Programas Sanitários e saúde Comunitária.	A.R.5
22 de setembro de 2017	Resolução 1552-E/2017 (MSAL)	Regulamento operativo da Unidade Executora do Fideicomisso de Administração para a Cobertura Universal de Saúde	A.R.6
18 de abril de 2017	Resolução 440-E/2017 (MSAL)	Criação do PNRB no âmbito da DINASAB, da Subsecretaria de Programas de Promoção, Prevenção e APS da Secretaria de Promoção da saúde, Prevenção e Controle de Riscos	A.R.7
26 de junho de 2017	Resolução 754-E/2017 (MSAL)	Criação do PRONACABU no âmbito da DINASAB, da Subsecretaria de Programas de Promoção, Prevenção e APS da Secretaria de Promoção da saúde, Prevenção e Controle de Riscos	A.R.8
12 de março de 2019	Resolução 518/2019 (Secretaria de Governo de Saúde, do Ministério de Saúde e Desenvolvimento Social, ex MSAL)	Criação do PACES no âmbito da Coordenação de Implementação da Cobertura Universal de Saúde	A.R.9

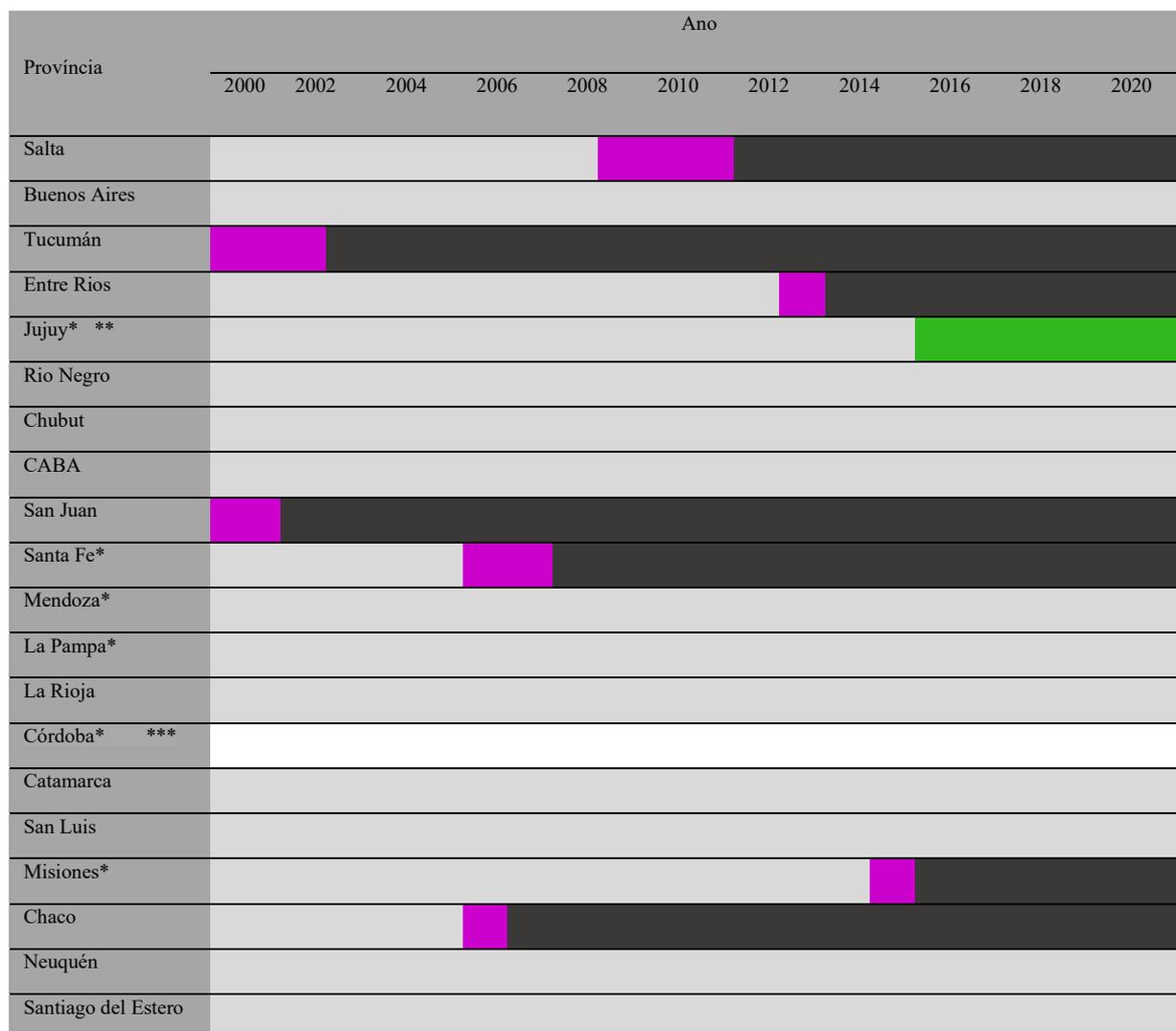
Fonte: Elaboração da Autora

Apêndice F: Codificação documental, Brasil.

Data	Documento	Descrição	Código
Janeiro de 2004	Diretrizes Da Política Nacional De Saúde Bucal	Diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS. Estas diretrizes constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta à produção do cuidado.	B.D.1
29 de julho de 2004	Portaria nº 1.570 MS	Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.	B.P.2
28 de março de 2006	Portaria nº 648/GM.	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).	B. P.3
30 de março 2006	Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (Série B. textos básicos em saúde)	Política transversal, integrada e intersetorial, que dialoga com as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, os setores privados e não-governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde.	B.D.4
5 de dezembro de 2007	Decreto 6.286	Fica instituído, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, o Programa Saúde na Escola - PSE, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.	B.De.5
19 de abril de 2011	Diretrizes do componente indígena da PNSB	Diretrizes do MS para a organização da atenção à saúde bucal dos povos indígenas no âmbito do SUS [...] respeitando a autonomia, as diferenças culturais e o mosaico extremamente diversificado formado pelos povos indígenas do Brasil	B.D.6
21 de outubro de 2011	Portaria nº 2.488/ GM	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).	B.P.7
DE 24 DE ABRIL DE 2012	Portaria nº 793	Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde	B.P.8
21 de setembro de 2017	PORTARIA Nº 2.436/ GM	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	B.P.9

Fonte: Elaboração da Autora

Apêndice G: Distribuição de sais de flúor às províncias pelo MSAL. Argentina 2000-2020

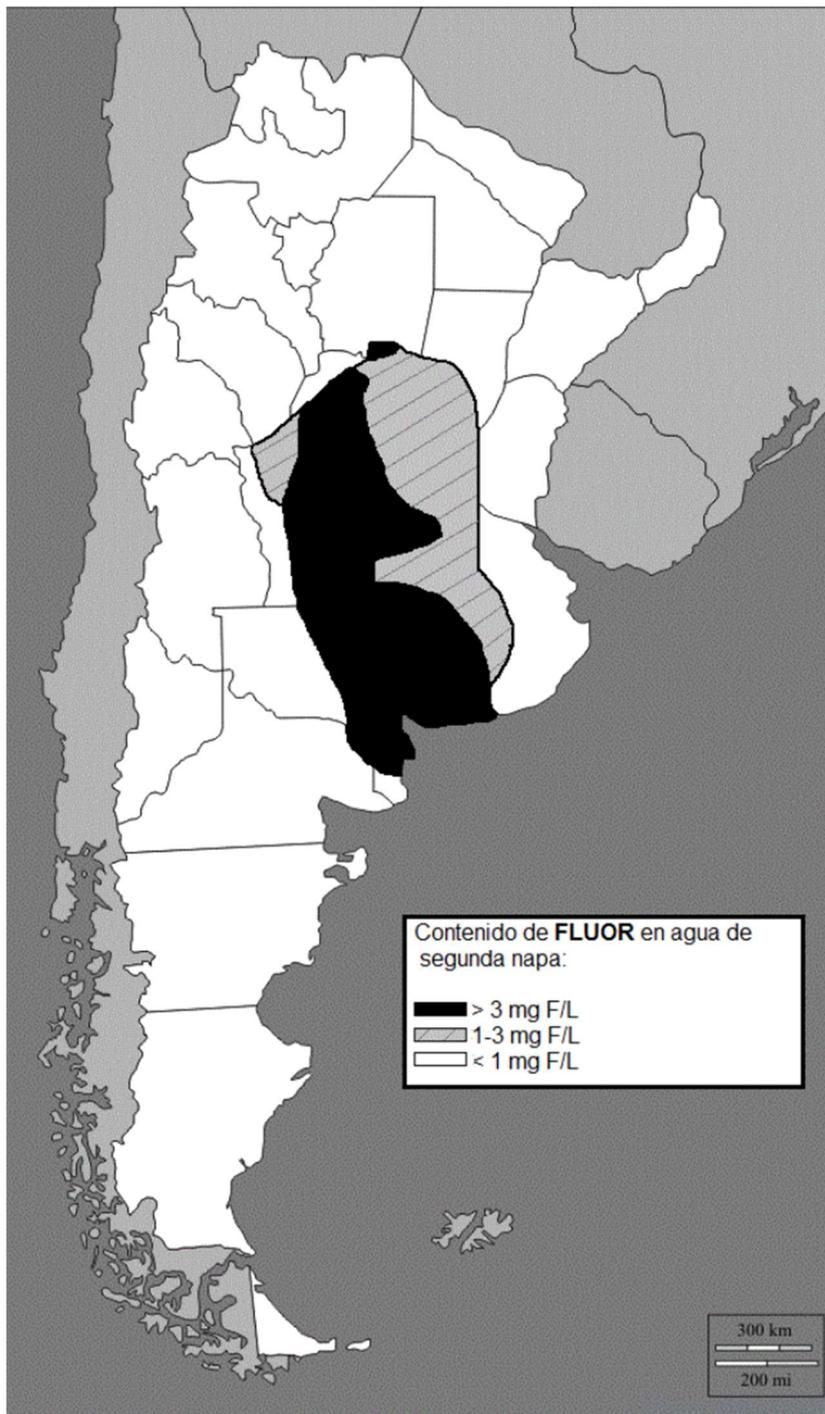


Fonte: Elaboração da Autora em base a dados fornecidos pelo MSAL para esta pesquisa para 20 províncias. * possuem programa provincial de fluoretação/desfluoretação das águas. ** única província que recebe flúor do governo provincial. *** desconhece o ano que recebeu sais de flúor pelo MSAL.



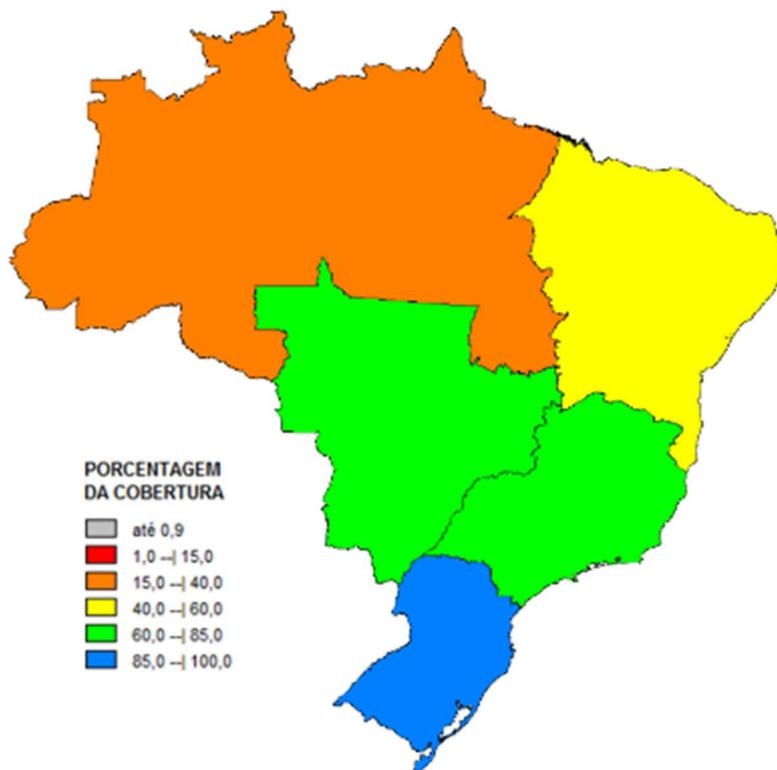
ANEXOS

Anexo A: Concentração de flúor natural na Argentina (adaptado de Trelles, 1972).



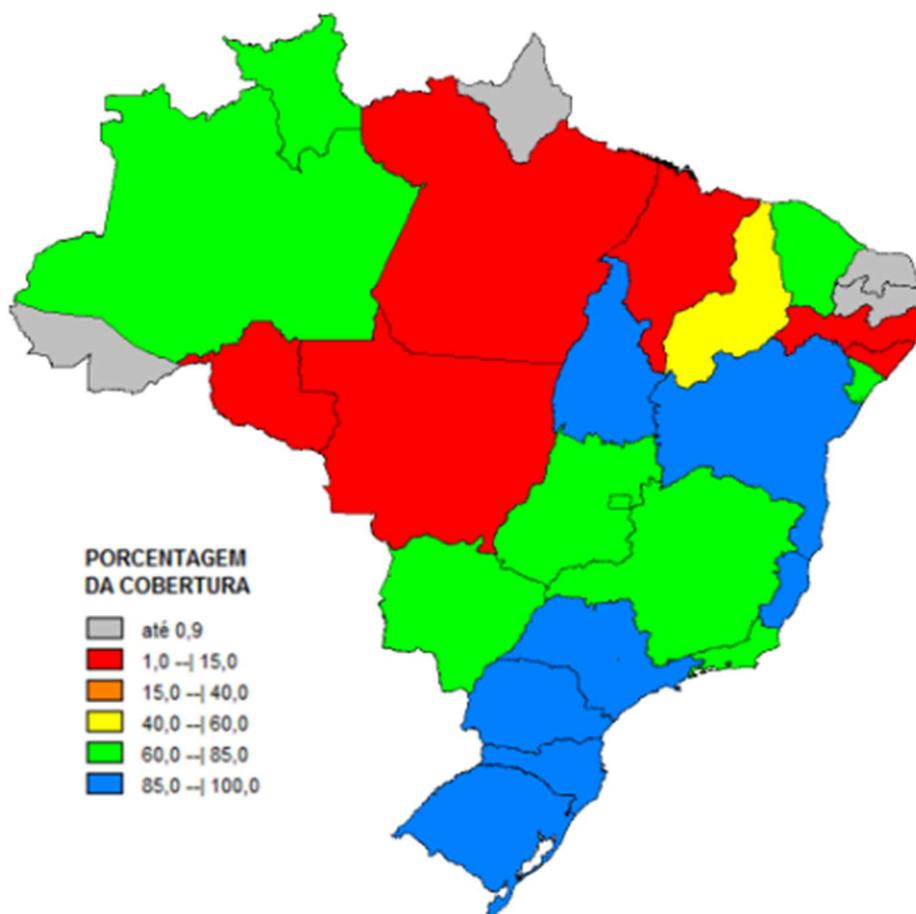
Fonte: RUIZ, 2017

Anexo B: Classificação das macrorregiões brasileiras segundo a porcentagem de cobertura da fluoretação da água em municípios com mais de 50 mil habitantes, na primeira metade da segunda década do século XXI de acordo com o Projeto Vigifluor.



Fonte: Frazão e Narvai, 2017

Anexo C: Classificação das Unidades Federativas brasileiras segundo a porcentagem de cobertura da fluoretação da água em municípios com mais de 50 mil habitantes, na primeira metade da segunda década do século XXI de acordo com o Projeto Vigifluor.



Fonte: Frazão e Narvai, 2017

Anexo D: Respostas à Autora de organismos específicos do Ministério de Saúde da Nação Argentina pela plataforma Argentina.gov: Trâmite a Distância



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2020 - Año del General Manuel Belgrano

Providencia

Número: PV-2020-42994868-APN-SSGSEI#MS

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Lunes 6 de Julio de 2020

Referencia: EX-2020-34069403- -APN-DNAIP#AAIP - Acceso a la información pública BORDA

SECRETARIA DE CALIDAD EN SALUD

Tramita por las presentes la presentación realizada por la Sra. Maria Gabriela BORDA ante la OFICINA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA mediante la que solicita a ordenes Nro. 2 y Nro. 3 , datos/indicadores sobre la capacidad prestacional de establecimientos de salud del sector público.

En ese marco, y en virtud de lo informado por la Dirección Nacional de Gestión de Servicios Asistenciales en Providencia Nro. PV-2020-42429215-APN-DNGSA#MS de orden Nro. 32, incorporando las respuestas brindadas por los diferentes efectores de salud, se remite la presente para su conocimiento y fines que estime corresponder.

SUBSECRETARIA DE GESTION DE SERVICIOS E INSTITUTOS

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2020.07.06 11:03:51 -03:00

Alejandro Federico Colia
Subsecretario
Subsecretaria de Gestión de Servicios e Institutos
Ministerio de Salud



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2020 - Año del General Manuel Belgrano

Providencia

Número: PV-2020-43810759-APN-DNDPP#MS

CIUDAD DE BUENOS AIRES

Miércoles 8 de Julio de 2020

Referencia: EX-2020-34071687-APN-DNAIP#AAIP Acceso a la Información Pública – BORDA, María Gabriela

De mi mayor consideración,

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. en respuesta a la solicitud de Acceso a la Información Pública de la Sra. María Gabriela BORDA.

Al respecto, se proporcionan los informes brindados por la Dirección de Transferencias Financieras a Provincias, relativos a la población con cobertura pública exclusiva inscripta al programa SUMAR con el detalle por provincia, más un informe sobre las cantidad de prestaciones de los códigos solicitados por la requirente, y los propios informes brindando conformidad la Subsecretaría de Articulación Federal.

Asimismo, se proporciona la respuesta brindada por la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria, sobre la cantidad de establecimientos de salud Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) y consultorios odontológicos en los mismos, y el propio de la Subsecretaría de Calidad, Regulación y Fiscalización dando conformidad a lo informado.

Se adjunta toda la documentación mencionada como archivos embebidos a la presente.

Con la intervención de dichas áreas, se remiten las presentes actuaciones para la prosecución del trámite.

Sin otro particular, saludo atentamente.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2020.07.08 18:00:09 -03:00

Mariana Giacobbe Goldberg
Asesora
Dirección Nacional de Desarrollo de Políticas Públicas
Ministerio de Salud

Dirección de Salud Bucodental.

Ministerio de Salud de la Nación.

Ley 21.172 - fluoración o defluoración de las aguas de abastecimiento público en todo el país.

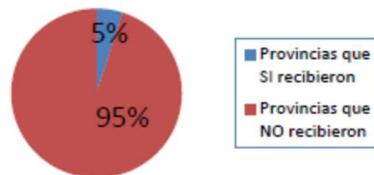
La información corresponde a 20 provincias del país:

Buenos Aires, Santiago del Estero, Neuquén, Salta, Tucumán, Entre Ríos, Río Negro, Chubut, CABA, San Juan, Jujuy, Santa Fe, Mendoza, La Pampa, La Rioja, Córdoba, Catamarca, San Luis, Misiones, y Chaco.

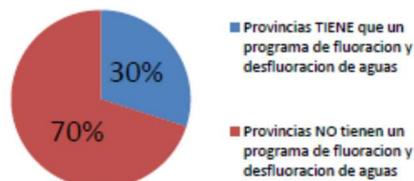
1. Ninguna provincia ha recibido Sales Fluoradas en el año 2019, por parte del gobierno Nacional.

Las direcciones provinciales mencionan que las 12 de las provincias detalladas a continuación nunca recibieron fueron Buenos Aires, Santiago del Estero, Neuquén, CABA, Río Negro, Chubut, Jujuy, Mendoza, La Pampa, La Rioja, Catamarca, San Luis.

2. La provincia de Jujuy recibe en la actualidad sales de Fluor por parte del gobierno Provincial. El resto no lo reciben.

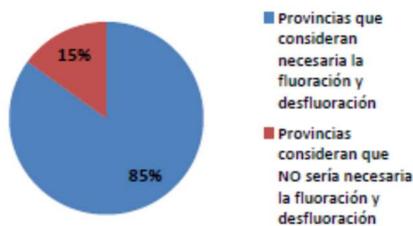


3. 6 de las provincias tienen programas provinciales en relación a este tema.



4. En cuanto a la necesidad de implementar la fluoración y desfluoración de las aguas de algunas o todas las localidades?

17 provincias consideran necesaria la implementación de esta política sanitaria. Buenos Aires, Santiago del Estero, Neuquén, Salta, Entre Ríos, CABA, San Juan, Jujuy, Santa Fe, Mendoza, La Pampa, La Rioja, Catamarca, San Luis, Misiones y Chaco.



5. Las provincias que actualmente tienen una ley provincial:



- Jujuy- Ley 3641/1979- decreto 1166 ISPTyV/2016
- Santa Fe- Ley Provincial N°1300.
- La Pampa- La Provincia se adecuó a la Ley Nacional N° 18.284
- Córdoba -Resolución 174/2016.
- Misiones - Ley XVI N° 13 (antes ley 1380/81) Provincial que adhiere desde el año 81 a la ley nacional 21.172.
- Chaco-Ley 2565.

14 provincias contestaron que NO tienen Ley. Buenos Aires, Santiago del Estero, Neuquén, Salta, Tucumán, Entre Ríos, Río Negro, Chubut, CABA, San Juan, Mendoza, La Rioja, Catamarca, San Luis.

Los datos expresados corresponden al primer semestre de 2020 (fuente de información: Directores de Salud Bucodental Provinciales).



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2020 - Año del General Manuel Belgrano

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número: IF-2020-56808292-APN-DSB#MS

LA PLATA, BUENOS AIRES
Viernes 4 de Septiembre de 2020

Referencia: Informe Fluoración y desfluoración de aguas

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 7 página/s.

Digitalizado por SISTEMA DOCUMENTAL ELECTRONICO - SDE
Date: 2020/09/04 11:19:47 AM

Claudia Alejandra Martinielli
Directora
Dirección de Salud Intersectorial
Ministerio de Salud

2020 "Año del General Manuel Belgrano"



Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 21 de Septiembre de 2020.

ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (AIP)

Referencia: EX-2020-57428591-APN-DNAIP#AAIP Acceso a la Información Pública - BORDA, María Gabriela

ES
20

Atento a la información solicitada por la Sra. María Gabriela BORDA, que diera origen al Expediente de la referencia, se emite el presente Informe acompañando a las intervenciones de las áreas sustantivas de esta cartera ministerial con el objetivo de garantizar el efectivo ejercicio del derecho de acceso a la información pública, promover la participación ciudadana y la transparencia de la gestión pública.

I. Síntesis de información solicitada

En el mencionado expediente, se requiere al Ministerio de Salud tenga a bien intervenir y elaborar un informe de respuesta al solicitante conforme lo requerido en IF-2020-57428609-APN-DNAIP#AAIP sobre los tres programas que componen la Dirección de Salud Bucodental.

II. Respuesta a la información solicitada

La Secretaría de Acceso a la Salud da respuesta a la información solicitada a través de las siguientes dependencias con los respectivos informes:

Dirección de Salud Bucodental

✓ IF-2020-62696377-APN-DSB#MS a orden N°19

Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles

✓ PV-2020-62730017-APN-DNAIENT#MS a orden N°22

Subsecretaría de Estrategias Sanitarias

✓ PV-2020-63028551-APN-SSES#MS a orden N°25.

IF-2020-63225628-APN-DNDPP#MS



Ministerio de Salud
Argentina

Los programas pertenecientes a la entonces Dirección Nacional de Salud Bucodental son el de cáncer bucal y de rehabilitación bucal.

Con respecto al programa de Atención primaria de la salud, el mismo no llegó a formalizarse a la fecha dado que el proyecto de Resolución Ministerial por el cual se propició su creación, no llegó a dictarse.

En la actualidad la Dirección de Salud Bucodental se encuentra dependiendo de la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles.

1. CANCER BUCAL:

Fecha de creación 26/06/2017

Resolución 754-E/2017

Su objetivo principal es la disminución de la morbimortalidad del Cáncer Bucal en la República Argentina, mediante la capacitación de los profesionales de la Salud involucrados en la especialidad, para optimizar su accionar, y a través de la sensibilización a la población en las conductas de riesgo que deben evitarse para prevenir esta enfermedad.

Entre las actividades que desarrolla la DIRECCIÓN, se pueden destacar las siguientes:

- ✓ *Impulsado por esta Dirección Nacional de Salud Bucodental, por Decreto Presidencial N°955/2016 del día 19 de Agosto de 2016, se declaró el día 5 de Diciembre "Día Nacional de la Lucha contra el Cáncer Bucal"*
- ✓ *Durante la jornada, promotores repartieron folletería sobre la prevención del cáncer bucal. La actividad consistió en difundir la importancia de la prevención del cáncer bucal.*
- ✓ *Se realizaron actividades en forma simultánea con las Direcciones de Odontología en numerosos distritos de la Argentina.*
- ✓ *Se realizaron numerosos cursos presenciales de prevención de cáncer bucal en una gran cantidad de provincias*
- ✓ *(22/8/16) Declaración del Día Nacional de Lucha Contra el Cáncer Bucal. Presidencia de la Nación*
- ✓ *(26/6/17) Se creó el Programa Nacional de Cáncer Bucal (PRONACABU), el cual ha implementado para su desarrollo y ejecución una campaña de prevención dirigida a adolescentes de escuelas secundarias públicas del país. El objetivo radica en informar sobre factores de riesgo y hábitos saludables en prevención de cáncer bucal.*

Campañas

- ✓ *El 13 de mayo, el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección Nacional de Salud Bucodental, y la operadora ferroviaria estatal "Trenes Argentinos," realizaron de manera conjunta actividades de prevención y promoción de la salud bucal en la Estación Constitución, con el objetivo de concientizar sobre las enfermedades en las encías a los miles de pasajeros que transitan día a día ese lugar.*

IF-2020-62696377-APN-DSB#MS



Ministerio de Salud
Argentina

- ✓ Durante la jornada, promotores repartieron folletería sobre la prevención de la salud bucal y el cuidado de las encías, junto con cepillos y pastas dentales. La actividad consistió en difundir la importancia de mantener las encías sanas y las medidas preventivas para conservar la salud de las mismas.
- ✓ Se realizaron actividades en forma simultánea con las Direcciones de Odontología en 19 distritos de la Argentina.
- ✓ La Dirección Nacional de Salud Bucodental, a través del Sistema Telesalud, lleva a cabo teleconferencias para capacitar a odontólogos pertenecientes a la salud Pública de todo el país.
- ✓ Se han capacitado aproximadamente 6.000 agentes.
- ✓ Asimismo, se realizaron capacitaciones presenciales con y sin práctica.
- ✓ Se inició el Expediente N° 2017-34218266-APN-DD#MS para que se declare el día 12 de Mayo "Día Nacional de la Salud de las Encías".

2. ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.

Las acciones tomadas tienen como propósito fortalecer las medidas de salud, orientadas a la reducción de enfermedades bucales, mediante la efectiva ejecución de acciones y programas focalizados en el marco de la Atención Primaria de la Salud. Asimismo, se propone cubrir a todos los grupos etarios trabajando en conjunto con los distintos programas de la Dirección, elaborando estrategias integrales e integradas.

- ✓ Confección y distribución de folletería con protocolos de información y atención en diferentes temas (Discapacidad, Cáncer Bucal, Atención Primaria de la Salud, Encías, etc.) La distribución se realiza a todos los Ministerios de Salud Provinciales y de esta forma coordinar políticas públicas de Salud Bucal.
- ✓ Entrega de pastas, cepillos y folletería
- ✓ Se dictaron numerosas capacitaciones teóricas y con practica en el interior del país
Se entregó durante el 2019 -en todo el territorio nacional- lo que se detalla a continuación:

Niños: Pastas: 69.420, Cepillos: 69.415

Adultos: Pastas: 18.200, Cepillos: 21.200

Entrega de Folletería: Se entregaron un total de 203.664 según detalle:

APS: 103.920, Cáncer bucal: 90.420, Periodoncia: 9.324

IF-2020-62696377-APN-DSB#MS

Operativos

OPERATIVO	VILLA ITATI Y BERNAL OESTE, QUILMES		SAN MIGUEL	
	APS		APS	
LUGAR	*VILLA ITATI, QUILMES. JARDIN N° 988 *BARRIO STA. MARÍA IAPI, BERNAL OESTE, QUILMES. JARDÍN N°948 "20 DE NOVIEMBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO"		JARDÍN N 912°- UNIDAD SANITARIA.AV.REMIGIO LÓPEZ entre IRIGOIN y LAS MALVINAS	
FECHA COMIENZO	01/05/2017 (VILLA ITATI)	07/08/17 (BERNAL)	09/10/2017	
DURACIÓN	1 MES c/OPERATIVO		20 DIAS HÁBILES	
ACUERDO	TRAILER: 1 (VILLA ITATI)	SPRINTERS:2 (BERNAL)	SPRINTERS: 2	
OBJETIVOS	ATENCIÓN DE 300 NIÑOS. PREVENCIÓN CON TÉCNICA DE RESTAURACIÓN ATRAUMÁTICA(TRA)		ATENCIÓN DE NIÑOS Y PADRES PREVENCIÓN CON TÉCNICA DE RESTAURACIÓN ATRAUMÁTICA(TRA)	
ESTADISTICA	VILLA ITATI : CANT.PACIENTES Preescolares: 357 Adultos: 418 CANT.PRESTACIONES Preescolares: 1300 Adultos: 1778 ALTAS: Preescolares: 169 Adultos: 75 DERIVACIONES: Preescolares: 45 Adultos: 211		CANT.PACIENTES Preescolares: 301 Adultos: 284 CANT.PRESTACIONES Preescolares: 970 Adultos: 1110 ALTAS: Preescolares: 258 Adultos: 194 DERIVACIONES: Preescolares: 71 Adultos: 112	
	BERNAL OESTE: Preescolares: 336 Adultos: 304 Preescolares: 1107 Adultos: 1778 ALTAS: Preescolares: 199 Adultos: 58 DERIVACIONES: Preescolares: 46 Adultos: 6			
ACTIVIDADES	*Inactivación/TRA		*Inactivación/TRA	
ODONTOLOGOS	3		2	
ASISTENTE	1		1	

3. REHABILITACION BUCODENTAL:

Resolución 440-E/2017

Fecha 21/04/2017

La Dirección Nacional de Salud Bucodental, creada bajo el Decreto 580/2015, tiene como objetivos proponer, desarrollar y controlar las acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud bucodental, de manera eficiente, equitativa y solidaria, con el fin de reducir la morbilidad por enfermedades bucodentales y mejorar la calidad de vida de la población.

Desarrollar un sistema de atención odontológica de rehabilitación bucodental en todo el país, promoviendo la inclusión social y logrando el acceso universal de poblaciones de pacientes parcial o

IF-2020-62696377-APN-DSB#MS



Ministerio de Salud
Argentina

totalmente desdentados a la asistencia oportuna e integral, donde se conjugan la promoción, la prevención, la atención y rehabilitación oral.

OPERATIVO	PRÓTESIS	PRÓTESIS
LUGAR	DON BOSCO, QUILMES	JARDÍN N 912°- UNIDAD SANITARIA.AV.REMIGIO LÓPEZ entre IRIGOIN y LAS MALVINAS
FECHA COMIENZO	JUNIO y AGOSTO 2017	13/11/2017
DURACIÓN	2 MESES	20 DIAS HABILES
RESPONSABLE		
GENERAL:	DR. DIEGO COCORULLO	DR. DIEGO COCCORULLO
MUNICIPIO:	DRA.VICTORIA URRIZA. (DIRECTORA DE SALUD BUCAL DE QUILMES)	DR. JAVIER MELLINO
ACUERDO	CAMION IEI 220 RRHH	SPRINTERS: 3 RRHH
OBJETIVOS	ATENCIÓN DE 50 PERSONAS. ENTREGA DE 98/100 PRÓTESIS	ATENCIÓN DE 50 PERSONAS. ENTREGA DE 100 PRÓTESIS
Totales	CANT.PACIENTES	CANT.PACIENTES
	60	50
	CANT.PRÓTESIS	CANT.PRÓTESIS
	110	100

OPERATIVO REHABILITACIÓN PROTÉSICA		
	MAR DEL PLATA (AGOSTO)	MAR DEL PLATA (NOVIEMBRE)
OPERATIVO	REHABILITACIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD	REHABILITACIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD
LUGAR	INAREPS - MAR DEL PLATA	INAREPS - MAR DEL PLATA
FECHA COMIENZO	31/08/2017	01/11/2017
DURACIÓN	1 MES	1 MES
INSTITUTO:	DR.RICARDO CRAGNAZ (Director del INAREPS)	DR.RICARDO CRAGNAZ (Director del INAREPS)
	DRA.SILVIA LESCANO	DRA.SILVIA LESCANO
	RRHH	RRHH
	INSUMOS DE PRÓTESIS	INSUMOS DE PRÓTESIS
OBJETIVOS	ATENCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD S/COBERTURA DE SALUD	ATENCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD S/COBERTURA DE SALUD
ESTADISTICA	CANT.PACIENTES	CANT.PACIENTES
	10	12
TOTAL	CANT.PRÓTESIS	CANT.PRÓTESIS
	20	24

IF-2020-62696377-APN-DSB#MS



Ministerio de Salud
Argentina

La articulación con el programa PROSANE, dejó de realizarse, ya que dicho programa dejó de tener financiamiento propio y su implementación en las provincias fue discontinuo, en el periodo 2015/2019.



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2020 - Año del General Manuel Belgrano

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número: IF-2020-62696377-APN-DSB#MS

LA PLATA, BUENOS AIRES
Viernes 18 de Septiembre de 2020

Referencia: DSB- Información Pública Programas

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 5 pagina/s.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2020.09.18 17:20:50 -03:00

Claudia Alejandra Martinelli
Directora
Dirección de Salud Bucodental
Ministerio de Salud



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2020 - Año del General Manuel Belgrano

Providencia

Número: PV-2020-63028551-APN-SSES#MS

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Lunes 21 de Septiembre de 2020

Referencia: EX-2020-57428591- -APN-DNAIP#AAIP - Presentación Sra. BORDA Gabriela - LEY 27.275.-

Señora Secretaria
DE ACCESO A LA SALUD
Dra. Carla VIZZOTTI

Se elevan las presentes actuaciones en relación a la presentación formulada por la señora Gabriela BORDA, Odontóloga, Matrícula N° 2522, en el marco de la Ley 27.275 – de Acceso a la Información Pública, mediante la cual solicita información ampliada sobre los tres programas que componen la Dirección de Salud Bucodental: Programa de Prevención y Asistencia Primaria Bucodental, Programa Nacional de Cáncer Bucal y Programa de Rehabilitación Bucodental.

Al respecto, mediante IF-2020-62696377-APN-DSB#MS la DIRECCIÓN DE SALUD BUCODENTAL, ex Dirección Nacional de Salud Bucodental, en la actualidad se encuentra bajo la dependencia de la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No transmisibles y los Programas que la componen en la actualidad son el de Cáncer Bucal y Rehabilitación Bucodental, encontrándose en proceso de incorporación el Programa de Atención Primaria de la Salud.

En virtud de lo expuesto y habiendo tomado la intervención de su competencia la DIRECCIÓN NACIONAL DE ABORDAJE INTERGRAL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES mediante PV-2020-62730017-APN-DNAIENT#MS, se elevan las presentes para la intervención de su competencia y prosecución de su trámite.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2020.09.21 12:30:55 -03:00

Alejandro Salvador Costa
Subsecretario
Subsecretaría de Estrategias Sanitarias
Ministerio de Salud