



Perfil epidemiológico, condições de vida e políticas em saúde bucal: perspectiva comparada entre Argentina y Brasil*

Perfil epidemiológico, condiciones de vida y políticas en salud bucal: perspectiva contrastada entre Argentina y Brasil

Epidemiological profile, living conditions and oral health policies: Contrasting: perspectives between Argentina and Brazil

Recepção: 17 de Janeiro de 2022. **Aprovação:** 06 de Junho de 2022. **Publicação:** 30 de Outubro de 2022.

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps21.pecv>

Maria Gabriela Borda^a

Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2127-7776>

Thereza Christina Bahia Coelho

Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4787-4103>

Clara Aleida Prada Sanabria

Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4686-2197>

Como citar este artigo Borda, M.G., Coelho, T.C.B., y Prada C.A. (2022). Perfil epidemiológico, condições de vida e políticas em saúde bucal: perspectiva comparada entre Argentina e Brasil. *Gerencia Y Políticas De Salud*, 21. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps21.pecv>

^a Autora de correspondência. E-mail: draborda@gmail.com

Resumo

Introdução: quase metade da população mundial sofre incapacidade por problemas bucais. Na Argentina e no Brasil, a cárie dentária ainda é uma dificuldade a ser enfrentada, bem como a falta de acesso aos serviços de saúde bucal. Porém, há poucos estudos na literatura que comparem os perfis epidemiológicos e as políticas em saúde bucal desses países entre 2000 e 2020 à luz das metas internacionais. **Objetivos:** comparar os cenários socioeconômicos, os perfis epidemiológicos e as políticas em saúde bucal da Argentina e do Brasil, de 2000 a 2020. **Materiais e método:** neste estudo de caso, realizamos uma análise documental para comparar as políticas em saúde bucal de cada país com as Metas em Saúde Bucal 2020 propostas pela Organização Mundial da Saúde e outras organizações internacionais. Além do perfil epidemiológico em descrição tabular, comparamos os indicadores socioeconômicos para compreender o fenômeno da saúde bucal. **Resultados:** os achados revelam que as políticas em saúde bucal são mais robustas e articuladas no Brasil do que na Argentina. Os países apresentam perfis epidemiológicos diferentes. Enquanto os indicadores de saúde geral e educação são melhores na Argentina, os indicadores em saúde bucal e econômicos favorecem a população brasileira. **Conclusões:** o acesso público à saúde bucal teve uma importante diminuição desde 2016 em ambos os países, em coincidência com a implementação de políticas neoliberais que trouxeram o aumento da informalidade do emprego e da pobreza nesses países, o que pode aumentar a desigualdade na saúde bucal. Assim, os novos cenários políticos e econômicos colocam em risco a continuidade das políticas em saúde bucal.

Palavras-chave: políticas públicas de saúde, saúde bucal, perfil de saúde, Argentina, Brasil.

Resumen

Introducción: casi mitad de la población mundial sufre incapacidad por problemas bucales. En Argentina y Brasil, la carie dentaria aun es una dificultad para enfrentar, además de la falta de acceso a los servicios de salud bucal. Sin embargo, hay pocos estudios en la literatura que contrasten los perfiles epidemiológicos y las políticas en salud bucal de estos países entre 2000 y 2020 a la luz de las metas internacionales. **Objetivos:** contrastar los escenarios socioeconómicos, los perfiles epidemiológicos y las políticas en salud bucal de Argentina y Brasil, de 2000 a 2020. **Materiales y método:** en el estudio de caso, realizamos análisis documental para comparar las políticas en salud bucal de cada país con las Metas en Salud Bucal 2020 planteadas por la Organización Mundial de Salud y otros organismos internacionales. Además del perfil epidemiológico en descripción tabular, comparamos los índices socioeconómicos para comprender el fenómeno de la salud bucal. **Resultados:** los hallazgos evidencian que las políticas en salud bucal son más robustas y articuladas en Brasil que en Argentina. Los países presentan perfiles epidemiológicos diferentes. En cuanto a los indicadores de salud general y educación son mejores en Argentina, los índices en salud bucal y económicos favorecen a la población brasileña. **Conclusiones:** el acceso público a la salud bucal tuvo una importante reducción desde 2016 en ambos países, en concomitancia con la implantación de políticas neoliberales que trajeron el incremento de la informalidad del empleo y la pobreza en estos países, lo que puede elevar la desigualdad en salud bucal. Así, los nuevos escenarios políticos y económicos ponen en riesgo la continuidad de las políticas en salud bucal.

Palabras clave: políticas públicas de salud, salud bucal, perfil de salud, Argentina, Brasil.

Abstract

Introduction: almost half of the world's population suffers from oral disability. In Argentina and Brazil dental caries is still a difficulty to face, in addition to the lack of access to oral health services. However, there are few studies in the literature that contrast the epidemiological profiles and oral health policies of these countries between 2000 and 2020 considering international goals. **Objectives:** to contrast the socioeconomic scenarios, epidemiological profiles and oral health policies of Argentina and Brazil, from 2000 to 2020. **Method:** in the case of study, we conducted a documental analysis to compare the oral health policies of each country with the 2020 Oral Health Goals set by the World Health Organization and other international organizations. In addition to the epidemiological profile in tabular description, we compared socioeconomic indexes to understand the oral health phenomenon. **Results:** the findings show that oral health policies are more robust and articulated in Brazil than in Argentina. The countries have different epidemiological profiles. General health and education indicators are better in Argentina, while oral health and economic indicators favor the Brazilian population. **Conclusions:** public access to oral health had a significant reduction since 2016 in both countries, in concomitance with the implementation of neoliberal policies that brought increased employment informality and poverty in these countries, which may raise oral health inequality. Thus, the new political and economic scenarios put the continuity of oral health policies at risk.

Keywords: public health policies, oral health, health profile, Argentina, Brazil.



Introdução

Segundo o *Global Burden Disease* 2017, 48% da população mundial sofre incapacidade por problemas bucais, sendo provável que essas cifras continuem aumentando à medida que muitas populações seguem crescendo e envelhecendo (1, 2). Gomes *et al.* (3) fizeram uma comparação entre escolares argentinos e brasileiros quanto à prevalência, à gravidade, à atividade e ao acesso ao cuidado para a 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.

A Argentina e o Brasil têm características estruturais comuns, tais como o passado colonial, a inserção periférica no capitalismo mundial, a vulnerabilidade à crise, as democracias jovens e com longa trajetória de regimes autoritários, os golpes de Estado e a flutuação política. Ademais, possuem uma industrialização parcial e economia dependente do setor terciário, com uma concentração de renda, desigualdades sociais e estancamento da pobreza desde 2008 (4).

As Metas em Saúde Bucal para 2020 (MSB2020) definidas, em 2003, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) junto com a World Dental Federation e The International Association for Dental Research, examinaram os objetivos de saúde bucal de diferentes países para determinar o melhor formato das novas metas mundiais. Assim, as MSB2020 podem ser um parâmetro para formular políticas em saúde bucal, avaliar programas e comparar políticas (5). Apesar da existência de metas internacionais para os anos 2000, 2010 e 2020, pouco se discute na literatura internacional.

A emergência sanitária desatada a partir da pandemia ocasionada pela covid-19 colocou em evidência que, em contextos de disparidade econômica e social, os efeitos de cada doença por separado são agravados (6). Esse cenário exige uma abordagem ampliada das doenças bucais tanto para a análise de situação como para a formulação de políticas. Desse modo, é necessário questionar: como evoluíram os países, nas últimas décadas, em algumas dimensões que podem influenciar a saúde bucal? Qual o perfil epidemiológico em saúde bucal de cada país? Em quais aspectos das políticas em saúde bucal a Argentina e o Brasil avançaram mais com relação às MSB2020?

Assim, este estudo tem por objetivo comparar os cenários socioeconômicos, o perfil epidemiológico e as políticas em saúde bucal da Argentina e do Brasil de 2000 a 2020, segundo as MSB2020.

Materiais e método

Estudo de caso a partir da análise de indicadores socioeconômicos, do perfil epidemiológico em saúde bucal e da análise documental das políticas públicas em saúde bucal de 2000 a 2020, na Argentina e no Brasil. A coleta de dados foi realizada entre julho e dezembro de 2020, a partir das fontes de dados descritas na tabela 1, sobre as condições de vida nos países.

Tabela 1 Condições de vida Argentina-Brasil entre 2000-2020, fonte de dados

Variável	Países			
	Argentina	Ano	Brasil	Ano
Dimensão social				
População	INDEC (17)	2020	IBGE (20)	2020
Taxa de analfabetismo	Unesco (22)	2000-2018	Unesco (22)	2000-2018
Acesso à educação na primeira infância	ODS (7)	2014-2017	ODS (8)	2012-2016
Investimento % PIB na educação	Unesco (22)	2000-2015	Unesco (22)	2000-2017
Dimensão econômica				
Índices de pobreza e pobreza extrema	Cepal (16)	2000-2018	Cepal (16)	2000-2018
Taxas de emprego informal e desemprego	INDEC (17)	2010-2018	IBGE (20)	2002-2020
Gasto público em saúde % do PIB	Cepal (16)	2000-2017	Cepal (16)	2000-2017
Gasto como desembolso direto % do gasto total em saúde	Observatório Mundial da Saúde (14)	2000-2017	Observatório Mundial da Saúde (14)	2000-2017

Fonte: elaboração das autoras.

Os perfis epidemiológicos foram comparados sob dois enfoques. O primeiro, considerou indicadores de saúde bucal das principais doenças bucais no período, indicadores de serviços, de cobertura e ações em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS). A cobertura na Argentina foi considerada no subsetor público e nos subsetores seguridade social na APS. Para o Brasil, a cobertura analisada corresponde à cobertura na APS no Sistema Único de Saúde (SUS). O segundo enfoque considerou indicadores de saúde geral, ao longo do período de estudo, relacionados às MSB2020. Os indicadores “taxa de mortalidade materna”, “taxa de mortalidade neonatal” e “razão de mortalidade infantil” contribuem para a avaliação dos níveis de saúde e desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais (7, 8). Outros indicadores, como “baixo peso ao nascer” e “desnutrição crônica”, são importantes com relação à associação desses indicadores com as alterações dentais como defeitos do esmalte dentário e maior susceptibilidade à cárie dentária (9, 10).



A carga de morbidade das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é o indicador que mede a mortalidade por câncer, diabetes, doença cardiovascular e doença respiratória crônica, das quais o diabetes tem manifestações orais, como a candidíase e a doença periodontal (11, 12). Outros indicadores comparados foram a prevalência por vírus da imunodeficiência humana (HIV) na população entre 15 e 49 anos de idade, o consumo de tabaco e o consumo de álcool, considerados como fatores de risco de lesões bucais (13, 14). Todos os indicadores estão relacionados às MSB2020 e fazem parte das metas do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para 2030, vida saudável: reduzir um terço as doenças não transmissíveis; aplicar controle ao consumo de tabaco e erradicar a epidemia aids (7, 8). As fontes de dados para os perfis epidemiológicos no período analisado se descrevem na tabela 2.

Tabela 2 Perfil epidemiológico Argentina-Brasil entre 2000-2020, fonte de dados

Variável	Países			
	Argentina	Ano	Brasil	Ano
Dimensão saúde geral				
Mortalidade materna				
Mortalidade infantil	Observatório Mundial da	2000-2017	Observatório Mundial da	2000-2017
Mortalidade neonatal	Saúde (14)		Saúde (14)	
Baixo peso ao nascer	Observatório Mundial da Saúde (14)	2012-2019	Observatório Mundial da Saúde (14)	2000-2019
Desnutrição infantil até os 5 anos	Banco Mundial (19)	2005-2019	Banco Mundial (19)	2005-2019
Risco de morte por DCNT	Observatório Mundial da Saúde (14)	2000-2016	Observatório Mundial da Saúde (14)	2000-2016
Prevalência de HIV	Observatório Mundial da Saúde (14)	2000-2019	Observatório Mundial da Saúde (14)	2000-2019
Prevalência do consumo de tabaco	Observatório Mundial da Saúde (14)	2007-2018	Observatório Mundial da Saúde (14)	2007-2018
Prevalência do consumo de álcool	Observatório Mundial da Saúde (14)	2010-2018	Observatório Mundial da Saúde (14)	2010-2018
Dimensão saúde bucal				
CPOD aos 12 anos			PeNSB (25)	2010
% necessidade de tratamento por cárie dentária (5-13 anos)	Ministério da Saúde (24)	2014	PeNSB (25)	2010
% Necessidade de tratamento por doença periodontal em adultos	Cora (26)	2009	PeNSB (25)	2010
% necessidade de tratamento por má oclusão (5-13 anos)	Ministério da Saúde (24)	2014	PeNSB (25)	2010
Incidência de câncer bucal e mortalidade	IARC (27)	2017	IARC (27)	2020
Cirurgiões-dentistas/ 10.000 habitantes	Observatório Mundial da Saúde (14)	2017	Observatório Mundial da Saúde (14)	2017
Estabelecimentos para pessoas com deficiência no país	Ministério da Saúde (28)	2020	CNES (29)	2020
Cobertura populacional de programa intersetorial saúde-educação	Ministério da Saúde (24)	2014	Ministério da Educação (46)	2020
Cobertura estimada na APS	Ministério da Saúde (28, 34)	2020	e-Gestor (30)	2020
Cobertura estimada em saúde bucal	Ministério da Saúde (28, 34)	2020	e-Gestor (30)	2020



A metodologia para a análise dos documentos se baseou na análise documental. As fontes de dados dos documentos foram o Portal InfoLeg da Argentina, o Ministério da Saúde do Brasil e o Portal da Legislação do Brasil. As principais políticas e programas em saúde bucal foram 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 foram codificados por país e submetidos à análise com o auxílio do *software* Atlas. ti versão 8.

O sistema de saúde argentino é fragmentado e possui três subsetores. O estudo analisou documentos de programas do subsetor “seguridade social” (que representa os trabalhadores assalariados) e do subsetor “público”. O Brasil possui um sistema universal de saúde, o SUS. Todos os documentos do Brasil analisados pertencem ao setor público.

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 (5). As categorias analíticas emergidas, a partir das MSB2020, foram equidade, integralidade e intersetorialidade. Finalmente, as categorias analíticas emergidas das MSB2020 aplicaram-se para cada documento analisado, representados como categoria operacional: programas em saúde bucal ao nível nacional (estratégias dos governos). Na figura 1, apresentam-se as categorias de análise emergidas.

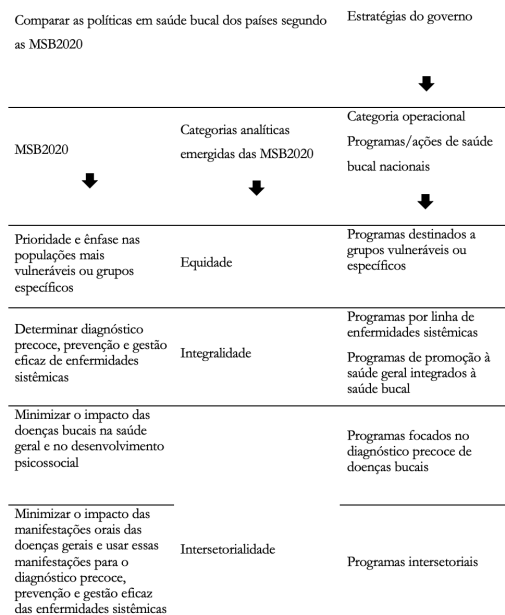


Figura 1 Categorias analíticas emergidas das MSB2020

Fonte: elaboração das autoras.

Resultados

Cenários na Argentina e no Brasil

A Argentina e o Brasil juntos representam 63% da área total da América do Sul, 60% de sua população, 61% de seu Produto Interno Bruto (PIB) e fazem parte do Mercado Comum do Sul (mais citado por sua sigla, Mercosul [15, 16]). A Argentina é um país com baixa densidade de população e grande concentração na Área Metropolitana de Buenos Aires (38,9%), maioritariamente urbana (92%). É o quarto país mais populoso de América Latina, depois do Brasil, do México e da Colômbia. A população estimada em 2020 foi de 45.376.763, cuja composição atual está influenciada pela grande imigração europeia, junto com os povos originários (2,24%) e afrodescendentes (3,3% [17, 18]). O PIB per capita em 2019 foi de USD \$10.076,4 e, em 2020, de USD\$ 8.584,7, resultando um PIB negativo anual de -9,9 % em 2020, no contexto da pandemia da covid-2019 (19). O Brasil é o maior país de América do Sul, com baixa densidade demográfica. Possuía uma população estimada, em 2020, de 212.392.713 habitantes (20). A distribuição populacional é bastante desigual, com maior concentração da população nas zonas litorâneas, uma população indígena de 0,42% e, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2019, uma população parda (46,8%) e preta (9,4%), que, no total, representam a população negra (56,2% da população do país [21]). O PIB *per capita* em 2019 foi de USD\$ 8.876,1 e, em 2020, de USD\$ 6.814,9, resultando um PIB negativo anual de -3,9 % em 2020, no contexto da pandemia da covid-2019 (19).

Até 2020, a Argentina tinha a taxa de alfabetização mais alta da América do Sul e o acesso à educação na primeira infância elevado (98,93% e 97,20%, respectivamente [7]). À diferença da Argentina, o Brasil tinha uma taxa de alfabetização de 93,20% (nono lugar na América do Sul), similar à da Bolívia, do Equador e do Paraguai, e acesso à educação na primeira infância de 94,35% (8, 22). Ambos os países tiveram um investimento em educação superior à média (5,1%) para os países de América Latina em 2017, de 5,46% na Argentina e 5,5% no Brasil (19, 22). O investimento em saúde dos países se manteve similar ao longo do período (entre 8% e 9,5% do PIB). O Brasil teve maior gasto como desembolso direto em saúde do que a Argentina (27,47% e 15,02% em 2017, respectivamente [16]).

As crises econômicas, ainda mais profundas na Argentina do que no Brasil, refletem-se na maior taxa de pobreza ao longo do período na Argentina (45,9% em 2003, 20,1% em 2013, aumentando até 35,5% em 2019 [16]) do que no Brasil (36% em 2003, 16,1% em 2013 e 24,7% em 2019 [16]), e na maior taxa de emprego formal no Brasil ao longo do período (média de 52,8% no Brasil e média de 43% na Argentina [17, 21]). O emprego informal se manifestou maior na população argentina. Segundo a Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (Cepal [16]), a Argentina possuía uma taxa de emprego informal de 40% em 2000, que diminuiu a 33% em 2013. O Brasil passou de 35% em 2000 para 23% em 2013. Para o primeiro semestre de

2020, o indicador foi de 49% para a Argentina e de 36,9% para o Brasil, no segundo trimestre de 2020 (17, 20).

Perfil epidemiológico Argentina-Brasil

O índice CPOD (número de dentes cariados, perdidos e obturados) é considerado pela OMS segundo os seguintes graus: muito baixo (de 0,0 a 1,1), baixo (de 1,2 a 2,6), moderado (de 2,7 a 4,4), alto (de 4,5 a 6,5) e muito alto (6,6 e mais). Embora não seja a única medida e apresente limitações, o estado de saúde bucal das populações é frequentemente resumido e pode ser comparado com base no seu valor aos 12 anos (13). O índice CPOD nacional aos 12 anos no Brasil foi baixo (tabela 3). Na Argentina, existem estudos nacionais de prevalência de cárie dentária em crianças alcançadas por programas privados (23) e registros nacionais de crianças alcançadas por programas públicos. No entanto, o CPOD desses estudos poderia estar subestimado para a comparação entre países.

A necessidade de tratamento por cárie dentária entre 5 e 13 anos foi maior na Argentina (54% [24]) do que no Brasil (8,60% [25]), do mesmo modo que a necessidade de tratamento por doença periodontal em adultos, maior para a Argentina (26). A incidência e a mortalidade por câncer bucal foram maiores no Brasil (tabela 3 [27]).

Com relação aos indicadores de serviço, o Brasil possuía, em 2020, 60% a mais de cirurgiões-dentistas para cada 10.000 habitantes, quando comparado com a Argentina, que apresentava, por outro lado, 123 estabelecimentos para pessoas com deficiência no país, enquanto o Brasil, contava apenas com 71 (tabela 3 [14, 28, 29]). A cobertura em saúde bucal foi similar nos países no setor público, porém foram achadas diferenças nas ações em saúde bucal na APS entre os países (28, 30), principalmente pela disparidade entre o subsetor público e o subsetor seguridade social na Argentina (tabela 3).

Tabela 3 Perfil epidemiológico Argentina-Brasil. Indicadores de saúde bucal em 2020

Variáveis	Argentina		Brasil
CPO-D nacional aos 12 anos *	---		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 **	2,60		4,10
Mortalidade por câncer bucal**	0,95		1,70
Cirurgiões-dentistas/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	SUS
Cobertura estimada na APS*****	36,70	63,30	74,76
Cobertura estimada em saúde bucal *****	51,54	-----	52,97
% Ações em saúde bucal na APS	28,50	95,90	77
% Ações em saúde bucal nos centros especializados	0	4,10	23

Fonte: elaboração própria a partir de * Argentina: Cora (26); Prosane (24); Brasil: (25) ** IARC (27). *** Observatório Mundial da Saúde da OMS (14). **** Argentina: dados fornecidos pelo MSAL para esta pesquisa (28); Brasil: CNES (29). ***** Argentina: Programa Sumar e MSAL (34) até agosto de 2020; Brasil: e-Gestor (30) dados disponíveis em dezembro de 2020 (até setembro de 2020). CPO-D: número de dentes cariados, perdidos e obturados.

Na comparação dos indicadores de saúde geral dos países, podemos ressaltar que a maioria deles foi melhor para a Argentina entre 2000 e 2020, à exceção da prevalência no consumo de álcool



e tabaco, menor no Brasil (tabela 4 [14, 16]). Alguns indicadores, como mortalidade infantil e neonatal, baixo peso ao nascer e desnutrição infantil, carecem de dados completos nas bases de dados internacionais, sobretudo na primeira década do período (tabela 4).

Tabela 4 Perfil epidemiológico Argentina-Brasil. Indicadores de saúde geral 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 **	----	----	----	11,30	9,30	----	----	----	14,90	13,20
Mortalidade neonatal 0-28 dias **	----	----	----	7,30	6,40	----	----	----	10	8,50
Baixo peso ao nascer ***				7,40	7,30	7,70			8,50	8,50
Desnutrição infantil até os 5 anos %	----	8,20	----	----	7,90	----	----	7	----	----
Risco de morte por DCNT %	20,60	18,90	17,80	16,10	15,80	24,40	20,80	19	17	16,60
Prevalência de HIV %	0,30	0,30	0,40	0,40	0,40	0,40	0,50	0,50	0,50	0,50
Prevalência do consumo de tabaco %	----	23,30	20,60	17,40	14,80	----	17,30	15,30	13,20	11,40
Prevalência do consumo de álcool %	----	----	----	----	67,40	----	----	----	----	40,30

Fonte: elaboração própria com base em dados do Observatório Mundial da Saúde da OMS (14) e da Cepal (16).

Políticas de saúde bucal segundo as metas 2020

Observamos, na figura 2, políticas e programas cujos documentos foram analisados no período de estudo conforme as categorias analíticas emergidas das MSB2020 para realizar a análise comparativa (figura 1). Como resultado, elas estão distribuídas de diferente maneira, com maior disposição no Brasil (figura 2).

País	Ano	MSB2020		
		Equidade	Integralidade	Intersetorialidade
Argentina				
Programa Médico Obligatorio de Emergencia (49)	2002	sim	sim	não
Programa Sumar (47, 48)	2012	sim	sim	sim
Programa Nacional de Salud Escolar (50)	2015	sim	sim	sim
Programa Nacional de Cancer Bucal (51)	2017	sim	não	sim
Programa Nacional de Rehabilitación Bucal (52)	2017	sim	não	não
Brasil				
Política Nacional de Saúde Bucal. Programa Brasil Sorridente (54)	2004	sim	sim	sim
Política Nacional de Promoção da Saúde (60)	2007	sim	sim	sim
Programa Saúde na Escola (61)	2006	sim	sim	sim
Programa Brasil Sorridente componente Indígena (56)	2011	sim	sim	sim
Saúde bucal na Rede e Plano Nacional de Pessoas com Deficiência (55)	2012	sim	sim	não
	2006			
Política Nacional de Atenção Básica (57-59)	2011	sim	sim	sim
	2017			

Figura 2 Políticas e programas em saúde bucal analisados na Argentina e no Brasil entre 2000 e 2020, categorias operacionais. Parâmetro: MSB2020

Fonte: elaboração das autoras.

Na Argentina, observamos, nas diretrizes do Programa Sumar e do Programa Nacional de Salud Escolar, as categorias “equidade”, “integralidade” e “intersetorialidade”. O Programa Nacional de Reabilitação Bucal teve menor representação das MSB2020, com apenas a categoria equidade na diretriz. Enquanto o Programa Médico Obrigatório tem pouca menção da categoria integralidade (figura 2).

No Brasil, à exceção do documento “Saúde bucal na rede” e “Plano nacional de pessoas com deficiência”, os programas analisados descrevem, nas suas diretrizes, as três categorias analíticas que emergem das MSB2020 (figura 2).

Discussão

A dimensão socioeconômica observada no período merece ser contrastada com o acesso à saúde bucal, que apresenta queda nos países desde 2016, para a compreensão do fenômeno da saúde bucal, pois os perfis epidemiológicos observados no período são consequência da interação de várias dimensões, além das políticas vigentes e da sua implementação. O mais surpreendente na Argentina foi a desarticulação e descontinuidade de programas em saúde bucal entre subsetores, e os sistemas de informação inexistentes em saúde bucal; contudo, os indicadores de saúde geral foram melhores do que no Brasil. A robustez das políticas brasileiras em saúde bucal — coerentes com o perfil epidemiológico em saúde bucal melhor do que o argentino — expõe o papel complexo da rede de atendimento que integra o SUS, estimulado pela Política Nacional de Saúde Bucal desde 2004.



As doenças bucais atingem desproporcionalmente os membros mais pobres e socialmente desfavorecidos da sociedade. Existe uma associação muito forte e consistente entre as condições socioeconômicas e a prevalência e gravidade das doenças bucais (31). A economia mundial da segunda década do século XXI se caracterizou por uma desaceleração com leves recuperações, a qual 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 essa tendência e apresentou uma desaceleração mais pronunciada que a média mundial. Alguns países mostraram um melhor desempenho devido a maiores investimentos; em outros, continua pesando o aumento do desemprego, o baixo crescimento na produtividade, a escassa diversificação econômica e a fraca capacidade institucional (32).

Assim, observou-se, em 2019, um desempenho econômico superior no Brasil, com um PIB total de USD\$ 1.847.796, quatro vezes maior que o PIB da Argentina, USD\$ 449.664 (19). Porém, em 2020, no contexto da pandemia da covid-19, o decréscimo do PIB foi 6% maior na Argentina (-9,9%) quando comparado com o Brasil (-3,9% [19]), o que coloca a Argentina em piores condições de emprego, consumo e investimento nos próximos anos.

Observa-se diferença na conformação da população dos países (quase cinco vezes maior no Brasil): o Brasil com uma população negra de 56,2%, que representa mais da metade da população total, e a Argentina apenas com 3,3% de afrodescendentes (18). Outro grupo populacional, como povos originários/população indígena, é maior na Argentina (17). No entanto, ambos os países possuem grande parte da sua população em condições desfavoráveis com alto risco de doenças bucais.

A taxa de pobreza (maior ao longo do período na Argentina) começou a aumentar em 2015 em ambos os países (17, 21). Esse fenômeno se observa no momento prévio aos governos neoliberais instalados em 2015 na Argentina (Mauricio Macri, 2015-2019) e em 2016 no Brasil (Michel Temer, 2016-2018, e Jair Bolsonaro em 2019). Portanto, a diminuição do emprego formal em ambos os países coincide durante os governos neoliberais, aprofundando-se na Argentina no começo de 2020 (33,4% [17]) e no Brasil desde 2018 (46,8% [21]) por baixo da média no período de cada país (43% e 52,8%, respectivamente [17, 21]). Os dados sobre a informalidade do emprego expressam a deterioração e precarização laborais que poderiam influenciar na prevalência e gravidade das doenças bucais em ambos os países.

A partir de 2016, em um contexto econômico de políticas neoliberais, observamos que o acesso à saúde bucal foi diminuindo de maneira similar em ambos os países. Segundo Frenk (33), o acesso em saúde é um processo que envolve os momentos entre a necessidade de utilizar um serviço de saúde e o início da atenção, intervindo obstáculos financeiros e geográficos. Assim, para a população do Brasil, que possui maior gasto que a população da Argentina com desembolso direto em saúde no período (16), gera-se maior obstáculo financeiro de acesso à saúde (33).

Na Argentina, segundo dados fornecidos para esta pesquisa (34), a consulta odontológica programada em gestantes no subsetor público registrou em 2012, com a criação do Programa Sumar, 2.738 consultas, com aumento de 64.809 consultas até 2015. Após uma queda em 2016 (39.946 consultas) e leve aumento em 2019 (49.860 consultas), ainda não consegue alcançar o valor máximo de 2015 (31). Salientamos que não existem dados de livre acesso sobre o acesso à saúde bucal para o Programa Sumar.

No Brasil, a primeira consulta programática odontológica (35), no setor público (Programa Brasil Sorridente), após atingir o nível máximo de acesso em 2015 (29.925.575 consultas), começou a diminuir a partir de 2016. Em 2018 e 2019 (10.157.447 e 9.051.992 consultas, respectivamente), os valores foram para menos da metade do que em 2004 (20.618.072 consultas), momento da implementação da Política Nacional de Saúde Bucal. Por fim, os dados manifestam forte queda, a partir de 2016, no acesso à saúde bucal em ambos os países, ainda agravada em 2020 pelo contexto da pandemia da covid-19 (35, 36).

As políticas econômicas deixaram uma população mais empobrecida na Argentina e uma crise institucional após o governo de Mauricio Macri (2015-2019 [37]). No Brasil, a crise política, econômica e institucional, agravada pelo *impeachment* de Dilma Rousseff em 2016, deixou cenários incertos marcados pelo Estado mínimo, cortes orçamentários, austeridade econômica e descontinuidade de programas e 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 (38, 39). Portanto, é preciso investir em estudos sobre o impacto da austeridade fiscal sobre as condições de vida e saúde das populações, e o benefício do mercado privado, o que pode ampliar as desigualdades (40).

Os dados sobre saúde geral evidenciam que, em alguns aspectos fundamentais, a Argentina teve melhorias significativas, tais como na diminuição da taxa de mortalidade materna de 66/100.000 nascidos vivos em 2001 a 39/100.000 nascidos vivos em 2017 (tabela 4 [14, 16]), junto com a diminuição dos transtornos de crescimento e desnutrição, resultado do Programa Sumar e seu componente de promoção da saúde (41). Em qualquer caso, é importante problematizar que não foi possível obter dados completos ao longo do período nos indicadores “mortalidade infantil” e “baixo peso ao nascer”, o que dificulta a comparação entre os países.

Os perfis epidemiológicos são diferentes. O índice CPOD aos 12 anos no Brasil é baixo. Já o CPOD aos 12 anos na Argentina é um dado inexistente a partir de fontes oficiais, pois o último estudo epidemiológico em saúde bucal ao nível nacional data de 1987. O estudo nacional da Confederación Odontológica de la República Argentina (Cora [23]), realizado em 2013, representa um grupo populacional atingido por programas privados que apresentam um CPOD de 2,3. Ademais, o Programa Sumar publicou o CPOD nacional aos 12 anos de 1,8 em 2019, dado que não pode ser utilizado para a comparação, pois a amostra pertence exclusivamente



ao programa (42). A Argentina possui maior necessidade de tratamento por cárie dentária em crianças de 5 a 13 anos de idade e doença periodontal em adultos. Entretanto, o Brasil possui mais necessidade de tratamento por má oclusão (tabela 3).

O estudo de Gomes *et al.* (3), em 2017, objetivou determinar e comparar a proporção de cárie dentária e a sua gravidade com o índice CPOD, entre escolares brasileiros e argentinos ($n = 406$ em Belo Horizonte e $n = 241$ em Córdoba), bem como o acesso a serviços odontológicos (índice de cuidados: obturados/CPOD*100 [3]).

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 mais frequente e o índice de cuidados reforçou a falta de acesso/uso dos serviços de saúde bucal, pois foi muito baixo nos países. Além disso, existe uma fragilidade na abordagem dos serviços no que se refere ao cuidado integral e às 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 (3).

A incidência e a mortalidade por câncer bucal no Brasil, superior à na Argentina, poderiam resultar da falta de sistemas de informação na Argentina que registrem lesões pré-cancerosas e câncer bucal através de um sistema específico (43), com a consequente subestimação dos dados relacionados à câncer bucal na Argentina (tabela 3). Destaca-se a falta de dados de livre acesso para esses indicadores na Argentina, o que revela problemas de fragmentação dos dados e sistemas de informação desarticulados entre as províncias e o nível nacional. Considerando a falta de levantamentos epidemiológicos, cabe aqui questionar se as políticas em saúde bucal podem ser bem direcionadas e atingir a toda a população, pois a falta de dados dificulta a análise e impede o monitoramento e avaliação das políticas de saúde.

As diferenças observadas entre cirurgiões-dentistas para cada 10.000 habitantes (tabela 3) de cada país 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 (44), o que pode ter influenciado na maior demanda de formação desses profissionais, a grande maioria dos cirurgiões-dentistas argentinos se desempenha no subsetor privado e seguridade social, influenciados pela fragmentação do sistema de saúde, com menor atividade no subsetor público e menor estabilidade.

Com relação aos estabelecimentos em saúde bucal para pessoas com deficiência, o modelo argentino teve expansão de oferta federal, dentro de um modelo de regulação descentralizado formado entre 1955 e 1970 (45). No Brasil, os Centros de Especialidades Odontológicas, definidos nos documentos em 2004, oferecem, à população, serviços especializados que não podem ser solucionados na APS, incluindo atendimento a portadores de necessidades especiais, além de oferecer endodontia, periodontia, cirurgia oral menor e detecção do câncer de boca. A diferença de estabelecimentos achada nos países (tabela 3 [28, 29]) poderia resultar da distinção de princípios e objetivos das políticas e programas dos países. Seria relevante comparar o acesso

à saúde bucal desses grupos. Porém, a Argentina carece desse dado, tanto no setor “público” como no setor “seguridade social”.

A Argentina possui cobertura estimada na APS para o subsetor “público” consideravelmente menor (36,7%) que o Brasil (74,76%). Já a cobertura estimada em saúde bucal, no setor público dos países, é similar (acima de 50%). Destaca-se a maior diferença na cobertura dos programas intersetoriais escolares dos países, muito baixa para o programa argentino (3%), maior para o programa brasileiro (40% [24,46]), o que representa uma fortaleza para o programa intersetorial brasileiro e uma debilidade quanto ao alcance do programa argentino, atualmente desarticulado (tabela 3).

Observamos diferenças importantes entre as políticas em saúde bucal da Argentina e do Brasil quando comparadas às MSB2020. Dos documentos analisados na Argentina, destaca-se o Programa Sumar (47, 48), criado em 2012, que promove o acesso equitativo e de qualidade aos serviços cuja população-alvo não possui cobertura formal na saúde. Esse programa, desde 2020, abrange o universo total da população com cobertura pública exclusiva cadastrada no programa. Além disso, a oferta de serviços em saúde bucal aumentou em 2020 de 17 a 21 ações, sem conseguir diminuir as diferenças com o Programa Médico Obrigatório (49), programa de saúde que oferece mais de 50 serviços básicos em saúde bucal, destinado às populações do subsetor seguridade social (49). Essa brecha de oferta em saúde bucal entre os programas impede atingir a equidade universal na população argentina, perpetuando as desigualdades entre os usuários do subsetor “público” e do subsetor “seguridade social”, ainda mais desprotegidos.

A categoria analítica “integralidade”, emergida das MSB2020, está representada no Programa Sumar nas linhas do cuidado e nos grupos por faixas etárias. Porém, o Programa Médico Obrigatório, no capítulo “saúde bucal”, não menciona essas estratégias. Embora a saúde bucal faça parte da estratégia da APS e tenha relação com outros programas por linhas de cuidados de promoção da saúde, existe uma oferta de serviços em saúde bucal com tendência à fragmentação devido às especialidades odontológicas detalhadas no programa (47-49).

A intersectorialidade descrita nos documentos do Programa Nacional de Salud Escolar (50), do Programa Sumar e do Programa Nacional de Cancer Bucal (51) se reflete na articulação entre os ministérios da saúde e da educação implementada nas escolas, e na articulação com o subsetor “seguridade social” para atingir uma agenda comum entre os subsetores, compartilhando a mesma visão da política sanitária (47, 48). Porém, o Programa Nacional de Saúde Escolar, na atualidade, está desarticulado da Direção Nacional de Saúde Bucodental por falta de financiamento e existe um atraso na implementação do Programa de Saúde Bucal na APS (28). Na diretriz do Programa Nacional de Reabilitação Bucal (52), criado para a prevenção precoce e tratamento da doença, observou-se propósito apenas de equidade, ausência de articulação com outros setores, falta de integralidade. Isso se reflete nos escassos resultados. Apenas houve



o atendimento de 132 pacientes entre 2017 e 2020, e a entrega de 254 próteses dentárias, exclusivamente na província de Buenos Aires (28).

Na Argentina, observaram-se fragilidade nos programas, ausência de um modelo de atenção em saúde bucal definido nas políticas e pouca menção à equipe de saúde bucal. Segundo Gonzalez Rivas, a realidade da saúde bucal da Argentina neste milênio se encontra com altos indicadores de doenças bucais e falta de ações eficazes em 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 que, junto com a 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 (53).

No Brasil, existem propósitos de equidade em todas as diretrizes das políticas e programas analisados de maneira sólida. Grupos vulneráveis, como pessoas com deficiência, estão inseridos no Programa Brasil Sorridente (54) e na Rede de Atenção às Pessoas com Deficiência. As populações indígenas são alvo do componente indígena do Programa Brasil Sorridente. Outros grupos com obstáculos geográficos, como as populações da Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul (populações ribeirinhas), estão contemplados na Política Nacional de Atenção Básica, que ampliou as modalidades das equipes de saúde bucal dentro da Estratégia Saúde da Família, na APS, ao longo do período de estudo (55-59).

O propósito de integralidade, observado no Programa Brasil Sorridente, nas linhas de cuidado e por faixas etárias, está articulado à Política Nacional de Promoção da Saúde (60). Existe intersetorialidade nas diretrizes do Programa Saúde na Escola (61) e da Política Nacional de Atenção Básica (55-59). A prevenção do câncer bucal e seu tratamento estão dentro do Programa Brasil Sorridente como parte da APS, bem como a promoção, prevenção, reabilitação e recuperação dos tecidos bucais (54). Assim, as categorias emergidas das MSB2020 — equidade, integralidade e intersetorialidade — estão inseridas nos documentos analisados em maior profundidade no Brasil do que na Argentina.

Podemos verificar, na literatura, que o estudo das políticas de saúde bucal teve maior destaque no Brasil, nas duas décadas mais recentes, a partir do processo histórico de implementação do Programa Brasil Sorridente no Brasil. A revisão integrativa sobre iniquidades sociais e saúde bucal de Lamy *et al.*, de 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, com foco nos países da América Latina, observando um aumento significativo de 69,9% na produção científica para o período 2000-2017 (62).

Porém, a proporção dos estudos de 1992 a 2017 (n=282) foi de 0,4% para a Argentina e 92,6% para o Brasil. Das categorias analíticas emergidas, “políticas em saúde bucal” ficou em quarto lugar (10,6% da produção científica). Desta última categoria, 28 estudos foram do Brasil, um da Colômbia e um do Chile, e não houve estudos de políticas em saúde bucal na Argentina (62).

Na análise comparativa dos documentos confrontados às MSB2020, observam-se diferenças importantes na concepção e objetivos das políticas e programas em saúde bucal de cada país. O Brasil possui uma robusta Política Nacional de Saúde Bucal implementada por meio do Programa Brasil Sorridente desde 2004 (54), que incorpora componentes ao programa como parte de sua ampliação ao longo do tempo (componente indígena, articulação com a Rede de Atenção às Pessoas com Deficiência [55, 56]). Além disso, com a Política Nacional de Atenção Básica, criada em 2006 com revisões em 2011 e 2017, houve crescimento e ampliação das equipes de saúde bucal e modalidades, bem como da população atingida, principalmente na versão de 2011 (57-59).

Outras políticas intersetoriais, como a Política Nacional de Promoção da Saúde e o Programa Saúde na Escola, apresentam continuidade e coerência com os princípios do SUS: universalização, equidade e integralidade (60, 61). No entanto, o debate da promoção da saúde ainda apresenta tensões entre ações individuais e coletivas, o que poderia reforçar uma tendência normalizadora da saúde. Segundo Silva e Baptista, o reconhecimento e protagonismo dos sujeitos na construção da saúde devem ser fortalecidos com a responsabilidade do Estado na produção de condições de vida coerentes às necessidades da população, evitando responsabilizar o indivíduo pela falta de saúde (63).

Assim, na comparação dos países, destacam-se a ampliação da atenção 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. Ao tempo que o Brasil avançou estrategicamente na inclusão social em suas políticas, a Argentina não consegue realizar transformações estruturais na área da saúde bucal. Essa diferença a favor do Brasil poderia dever-se a ao SUS, pois modelos universais são apontados como mais eficientes, mais equânimes e, portanto, com maior impacto nas condições de saúde (64).

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 esta pesquisa busque reduzir o 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 o índice CPOD aos 12 anos poderia resultar baixo pela diluição dos resultados nas populações ao incorporar muitas pessoas livres de cárie dentária. Ademais, o CPOD argentino poderia estar subestimado por falta de levantamentos epidemiológicos oficiais. Desse modo, sugerimos novos estudos comparativos que permitam calcular o Significant Caries Index, o qual visa verificar a condição de saúde no grupo de pessoas que concentra a maior carga de doenças, em que o CPOD é maior.



Conclusões

O perfil epidemiológico em saúde bucal dos países precisa ser atualizado. Na Argentina, realizar levantamentos epidemiológicos em saúde bucal não está na agenda. No Brasil, o Ministério da Saúde começou, em junho de 2022, a terceira edição da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, dando continuidade às pesquisas realizadas em 2003 e 2010. Embora alguns indicadores expressem melhoras em determinadas doenças bucais, a diminuição do acesso à saúde bucal a partir de 2016 nos países poderia influenciar negativamente na saúde bucal da população, em contextos de políticas de austeridade fiscal e piores indicadores econômicos observados na segunda década.

Entretanto, as políticas em saúde bucal do Brasil são coerentes com os princípios do SUS/APS e as políticas intersetoriais de maneira robusta; a Argentina não consegue definir um modelo de atenção que amplie as ações destinadas à saúde bucal na APS, diminuindo as inequidades na oferta, no acesso e em oportunidades entre o subsetor “público” e o subsetor “seguridade social”. Além disso, ela experimenta falta de continuidade de programas, fragmentação e debilidade nos sistemas de informação.

A saúde bucal, indissociável da saúde geral, precisa ser fortalecida com políticas públicas e estratégias que legitimem o Programa Sumar na Argentina, o Programa Brasil Sorridente no Brasil e a APS em ambos. É preciso direcionar as políticas e as estratégias para uma ampliação da oferta e do acesso com integralidade, qualificação dos processos de trabalho e organização das redes de atenção à saúde bucal. Diante dos desafios impostos pelos cenários políticos e socioeconômicos, e pelo perfil epidemiológico, tanto no presente como para as próximas décadas, é preciso empoderar as sociedades para que possam contribuir para a legitimidade das políticas e exigir do Estado o direito à saúde bucal.

Referências

1. Spencer LJ, Abate D, Abate K, Abay S, Abbafati C, Abbasi N, Abbastabar H, Abd-Allah F, Abdela J, Alvis Guzman N. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017. *The Lancet* [Internet]; 2018 [acesso em 30 ago. 2022];392(10159):1789-858. DOI: //doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7
2. Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabé E, Fleming TD, Reynolds AE, Vos T *et al.* Global, regional, and national prevalence, incidence, and disability-adjusted life years for oral conditions for 195 countries, 1990-2015: A systematic analysis for the Global Burden of diseases, injuries, and risk factors. *J Dent Res* [Internet]. 2017 [acesso 11 ago. 2022];96(4):380-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0022034517693566>
3. Gomes VE, Ferreira RC, Moraes MAS de, Houri LCLF, Bella MI, Cornejo LS *et al.* Cárie dentária na América do Sul: realidade entre escolares do Brasil e Argentina. *J Health Biol Sci* [Internet]; 2019 [acesso em 9 ago. 2022];7(2):152. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v7i2.2570.p152-158.2019>

4. Machado CV. Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018 [acesso em 9 ago. 2022];23(7):2197-212. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.08362018>
5. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *Int Dent J* [Internet]. 2003[acesso em 9 ago. 2022];53(5):285-8. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020653920361694>
6. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet* [Internet]. 2020 [acesso em 11 ago. 2022];396(10255):874. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932000-6>
7. Naciones Unidas Argentina. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]; 2022 [acesso em 11 ago. 2022]. Disponível em: <https://argentina.un.org/es/sdgs>
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Indicadores Brasileiros para os objetivos de desenvolvimento sustentável [Internet]; 2022 [acesso em 11 ago. 2022]. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/>
9. Batista LRV, Moreira EAM, Corso ACT. Alimentação, estado nutricional e condição bucal da criança. *Rev Nutr* [Internet]. 2007 [acesso em 11 ago. 2022];20(2):191-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/pWzRZFmQx4SShPGZQtJZpSK/abstract/?lang=pt>
10. Costa DP, Costa ACM, Bruno GB, Leitão ME, Roriz CS. Desnutrição energético-proteica e cárie dentária na primeira infância. *Revista de Nutrição* [Internet]. 2010 [acesso em 9 ago. 2022];23(1):119-26. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/mSwdGCLck8zrQ7ph3NhzvqQ/?lang=pt#>
11. Acosta de Camargo M. G. *et al.* Asociación entre la enfermedad periodontal y el parto prematuro. *ORAL* [Internet]. 2016 [acesso em 9 ago. 2022];17(55):1404-7. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2016/ora1655d.pdf>
12. Prado BN, Vaccarezza GF. Alterações bucais em pacientes diabéticos. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo* [Internet]. 2017 [acesso em 9 ago. 2022];25(2):147-53. Disponível em: https://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/maio_agosto_2013/Odonto_02_147-153.pdf
13. Federación Dental Internacional (FDI). El desafío de las enfermedades bucodentales. Una llamada a la acción global. *Atlas de Salud Bucodental*. 2ª ed. Ginebra: Federación Dental Internacional [Internet]; 2015 [acesso em 9 ago. 2022]. Disponível em: <https://www.studocu.com/pe/document/universidad-cientifica-del-sur/realidad-nacional/informe/fdi-atlas-de-salud-bucodental/9649913/view>
14. Organização Mundial da Saúde (OMS). El Observatorio Global de la Salud [Internet]; 2020 [acesso em 9 ago. 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3354>
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Países 2020 [Internet]; 2020 [acesso em 9 ago. 2022]. Disponível em <https://paises.ibge.gov.br/#/>
16. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal). Publicações, dados e estatísticas [Internet]; 2020 [acesso em 9 ago. 2022]. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br>



17. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). [Internet] 2022 [acesso em 9 ago. 2022]. Disponível em <https://www.indec.gob.ar/>
18. Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Secretaría de Derechos Humanos. Dirección Nacional de Pluralismo e Interculturalidad. Afrodescendientes [Internet]; 2022 [acesso em 9 ago. 2022]. Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/derechoshumanos/promocion/pluralismo/afrodescendientes>
19. Banco Mundial. Datos de libre acceso do Banco Mundial [Internet]. 2020 [acesso em 8 ago. 2022]. Disponível em: <https://datos.bancomundial.org/>
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. 2020 [acesso em 9 ago. 2022]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Brasil. Pesquisa nacional por amostra de domicílios continua [Internet]; 2021 [acesso em 9 ago. 2022]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=destaques>
22. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (Unesco) [Internet]. 2020 [acesso em 9 ago. 2022]. Disponível em: <https://es.unesco.org/>
23. Colombo Y, Ulloque MJ, Zarza JA, Luna de Rodríguez T. Estudio Epidemiológico Nacional Prevalencia de Experiencia de Caries en Escolares de 6 y 12 años en la Argentina. Revista Salud Bucal Cora. 2013;132.
24. Argentina. Ministerio de Salud. Programa Nacional de salud escolar. Reporte anual 2014 — Análisis de la situación de salud de niños, niñas y adolescentes de escuelas de nivel primario de la República Argentina [Internet]. 2014 [acesso em 9 ago. 2022]. Disponível em: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000734cnt-reporte-2014-2017.pdf>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais [Internet]. Brasília, DF; 2012 [acesso em 9 ago. 2022]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf
26. Confederación Odontológica de la República Argentina (Cora). 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 para draborda@gmail.com em 28 de setembro de 2020.
27. International Agency for Research of Cancer. World Health Organization [Internet]. 2020 [acesso em 30 ago. 2022]. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/1-Lip-oral-cavity-fact-sheet.pdf>
28. Argentina. Ministerio de Salud. Dirección de Salud Bucodental. Dirección Nacional de Abordaje de Enfermedades no Transmisibles. Trámite a distancia [mensagem pessoal] Mensagem recebida por draborda@gmail.com em 8 de julho de 2020.
29. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Base de dados [Internet]; 2020 [acesso em 9 dez. 2020]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>

30. E-Gestor. Atenção Básica. Informação e gestão da atenção básica. Cobertura de Saúde Bucal [Internet]; 2020 [acesso em 9 dez. 2020]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>
31. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR *et al.* Oral diseases: A global public health challenge. *Lancet* [Internet]. 2019 [acesso em 11 ago. 2022];394(10194):249-60. 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)
32. Organização Pan-Americana da Saúde (OPS). 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 [Internet]. 2017 [acesso em 23 abril 2020]. Disponível em : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49172/CSP296-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
33. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México*, [Internet] 2014 [acesso em 9 ago. 2022];27(5):438-53. Disponível em: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422/411>
34. Argentina. Ministerio de Salud. Programa Sumar. Datos sobre o programa acessados mediante consulta trâmite a distância. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida de notif@tramitesadistancia.gob.ar para draborda@gmail.com em 8de julho de 2020.
35. Brasil. Portal da saúde do Ministério da Saúde (DataSUS). Assistência à saúde produção ambulatorial (SIA/SUS) [Internet]; 2020 [acesso em 9 ago. 2022]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=19122>
36. Organização Pan-americana da Saúde. Fortalecer a resposta do sistema de saúde à covid-19 [Internet]; 2020 [acesso em 31 maio 2021]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52088?locale-attribute=es>
37. Urrea Coletti C, Bonfiglio JI, Vera J, Salvia A, coords. 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 [2019]; [acesso em 11 ago. 2022]. Disponível em: <https://revistas.uncu.edu.ar/ojs3/index.php/beg/article/view/2516/1828>
38. Malta DC *et al.* O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas, resultados, avanços e desafios em tempos de crise. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018 [acesso em 11 ago. 2022];23(6):1799-809. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1799.pdf>
39. Rossi TRA, Lorena Sobrinho JE de, Chaves SCL, Martelli PJ de L. Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2019 [acesso em 11 ago. 2022];24(12):4427-36. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KhWhRCfLcStkZ7j987wgcLs/?lang=pt>
40. Rossi PH, Freeman HE, Lipsey MW. Evaluation: A systematic approach. 8. ed. [Internet]. Thousand Oaks: Sage; 2019 [acesso em 9 ago. 2022]. Disponível em: <https://digitallibrary.tsu.ge/book/2021/may/rideri/Rossi-Evaluation-A-systematic-approach.pdf>



41. Lejarraga H. Resultados de un programa integral de promoción de la salud y crecimiento en niños, de cobertura masiva, amplitud nacional y a largo plazo. Arch Argent Pediatr [Internet]; 2017 [acceso em 9 ago. 2022];115(6):524-6. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v115n6/v115n6a02.pdf>
42. Argentina. Ministerio de Salud. VIII Jornada de implementación del nuevo plan de servicios de salud (PSS) del Programa Sumar. Prestaciones para el cuidado de la salud bucodental. Secretaría de Equidad en Salud. Dirección de Salud Bucodental; 2020.
43. Argentina. Ministerio de Salud. Registro Institucional de Tumores da Argentina (Rita). Instituto Nacional do Câncer. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida de consultasrita.inc@gmail.com por draborda@gmail.com em 17 de junho de 2020.
44. Moyses S. Introdução ao Sistema Único de Saúde e à Política Nacional de Saúde Bucal. Em: Carrer FCA, Pucca Junior GA, Araújo ME, coords./Da Silva DP, Gabriel M, Galante ML, orgs. SUS e saúde bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir [Internet]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2019 [acesso em 30 ago. 2022]. p.12-17. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/2019/01/SUS-e-a-Sa%C3%BAde-Bucal-no-Brasil.pdf>
45. Arce H. Evolución histórica del sistema de salud argentino a lo largo del siglo XX [Internet]. Tese (doutorado). Instituto Universitario de Ciencias de la Salud-Fundación Barceló. Buenos Aires; 2013 [acesso em 9 ago. 2022]. Disponível em: <http://repositorio.barcelo.edu.ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/HASH6ecf.dir/Tesis%20Doctorado%20Arce%20Hugo%20Eduardo.pdf>
46. Brasil. Ministério da Educação. Programa Saúde nas Escolas [Internet]; 2020 [acesso em 9 ago. 2022]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/programa-saude-da-escola/194-secretarias-112877938/seca-d-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>
47. Argentina. Ministerio de Salud. Resolución 1.195/2012. Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud. Boletín oficial n.º 32.461 [Internet]; 2012 [acesso em 9 ago. 2022]. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/200000-204999/200893/norma.htm>
48. Argentina. Ministerio de Salud. Resolución 1.460/2012. Programa Sumar [Internet]; 2012 [acesso em 9 ago. 2022]. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/200000-204999/202026/norma.htm>
49. Argentina. Ministerio de Salud. Resolución 201/2002. Programa Médico Obligatorio de Emergencia [Internet]; 2002 [acesso em 9 ago. 2022]. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/73649/norma.htm>
50. Argentina. Ministerio de Salud. Argentina. Resolución 11/2015 del 9 de marzo de 2015. Programa Nacional de Salud Escolar — Cambio de Denominación. Boletín oficial 13 de março de 2015 n.º 33.089 [Internet]; 2015 [acesso em 9 ago. 2022]. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/240000-244999/244808/norma.htm>
51. Argentina. Ministerio de Salud. Resolución E 754/2017. Programa Nacional de Cancer Bucal. Boletín Oficial, 26 de junho de 2017 [Internet]; 2017 [acesso em 9 ago. 2022]. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/275000-279999/276213/norma.htm>
52. Argentina. Ministerio de Salud. Resolución E 440/2017. Programa Nacional de Rehabilitación Bucal. Boletín Oficial, 21 de abril de 2017 [Internet]; 2017 [acesso em 9 ago. 2022]. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/270000-274999/273952/norma.htm>

53. González y Rivas M. La salud bucal en la República Argentina. Análisis del sector. Univ Odontol [Internet]. 2019 [acesso 9 ago. 2022];38(80). Disponível em: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/25627>
54. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política de Saúde Bucal [Internet]. Brasília, DF; 2004 [acesso em 9 ago. 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm
55. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 793. Institui redes de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS. DOU, 25 de abril de 2012 [Internet]; 2012 [acesso em 9 ago. 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html
56. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do componente indígena da PNSB [Internet]. Brasília, DF; 19 de abril de 2011 [acesso em 9 ago. 2022]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretriz_indigena.pdf
57. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2006 [acesso em 9 ago. 2022] Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf
58. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2012 [acesso em 9 ago. 2022]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
59. Brasil. Ministério de Saúde. Portaria n.º 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 [Internet]; 2017 [acesso em 30 ago. 2022]. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031
60. 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, 3ª ed. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [acesso em 9 ago. 2022]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticaNacionalPromocaoSaude.pdf>
61. Brasil. Presidência da República. Decreto n.º 6.286. Programa Saúde na Escola [Internet]; 2007 [acesso em 30 ago. 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/D6286.htm
62. Lamy R LRF. *et al.* Iniquidades sociais e saúde bucal: revisão integrativa. Rev. Aten. Saúde [Internet]; 2020 [acesso 9 ago 2022];18(63):82-98. Disponível em https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6094/0



63. Silva PFA, Baptista TWF. A política nacional de promoção da saúde: texto e contexto de uma política. *Saúde debate* [Internet]; 2015 [acesso em 9 ago. 2020];39(esp.):91-104. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00091.pdf>
64. Lobato, LVC, Giovanella, L. Sistemas de saúde: Origem, componentes e dinamica. Em L. Giovanella, S. Escorel, LVC Lobato *et al.*, eds. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012 [acesso em 9 ago. 2022]. p. 89-120. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>

Notas

- * Artigo de pesquisa. Esta pesquisa faz parte de uma maior, cujo título é “Políticas e indicadores de saúde bucal na Argentina e no Brasil, no período 2000-2020”, defendida publicamente em 17 de março de 2021, no âmbito do mestrado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil. O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Brasil (Capes), código de financiamento 001.