

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE - MESTRADO
E DOUTORADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Sally Sendy León Robles

**POLÍTICAS PÚBLICAS, PROGRAMAS E AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO PERU: Um
estudo sobre as repercussões na prevalência da cárie dentária**

Santa Cruz do Sul

2025

Sally Sendy León Robles

POLÍTICAS PÚBLICAS, PROGRAMAS E AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO PERU: Um estudo sobre as repercussões na prevalência da cárie dentária

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Promoção da Saúde, Linha de Pesquisa em Vigilância em Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug
Coorientadora: Prof. Dra. Renita Baldo Moraes

Santa Cruz do Sul

2025

CIP - Catalogação na Publicação

Robles, Sally Sendy León

POLÍTICAS PÚBLICAS, PROGRAMAS E AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO PERU:
Um estudo sobre as repercussões na prevalência da cárie dentária
/ Sally Sendy León Robles. – 2025.

101 f. ; 29 cm.

Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) – Universidade de
Santa Cruz do Sul, 2025.

Orientação: Profa. Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug.

Coorientação: Profa. Dra. Renita Baldo Moraes.

1. Epidemiologia bucal. 2. Política pública em saúde bucal. 3.
Peru. 4. Saúde bucal em Peru. I. Krug, Suzane Beatriz Frantz. II.
Moraes, Renita Baldo . III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UNISC
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Sally Sendy León Robles

POLÍTICAS PÚBLICAS, PROGRAMAS E AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO PERU: Um estudo sobre as repercussões na prevalência da cárie dentária

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Promoção da Saúde, Linha de Pesquisa em Vigilância em Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug

Coorientadora: Prof. Dra. Renita Baldo Moraes

Banca examinadora

Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug

Orientadora - Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

Dra. Renita Baldo Moraes

Coorientadora - Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

Dra. Edna Linhares Garcia

Professora Examinadora - Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

Dra. Jessica Klöckner Knorst

Professora Examinadora externa - Programa de Pós Graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Santa Cruz do Sul

2025

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha profunda gratidão à Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), e ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde por me permitir fazer parte desta gloriosa universidade, e por fornecer-me todo o ensino em diferentes aspectos. Agradeço pela oportunidade de ingressar no mestrado e por todos os conhecimentos neste período desafiador, mas de grande valia. Também gostaria de estender minha infinita gratidão à CAPES, cujo apoio, por meio da concessão da bolsa de estudos, foi fundamental para tornar possível a realização da minha pós-graduação. Sem esse suporte, este sonho talvez não se transformasse em realidade. Reconheço e valorizo a importância deste incentivo para a formação de tantos pesquisadores e profissionais comprometidos com o avanço do conhecimento e da sociedade.

Gostaria de manifestar meu agradecimento infinito à minha orientadora, Professora Doutora Suzane Beatriz Frantz Krug, cuja orientação inestimável e dedicação foram fundamentais para a realização deste projeto. Sua paciência inabalável, suas valiosas sugestões e seu constante encorajamento não apenas me guiaram ao longo deste percurso, mas também me inspiraram a superar desafios e alcançar novos horizontes. Seu apoio foi essencial para que eu pudesse concretizar este trabalho com confiança e determinação.

Manifesto também minha sincera gratidão à minha coorientadora, Professora Doutora Renita Baldo Moraes, cuja disponibilidade e comprometimento transcenderam as expectativas. Agradeço imensamente por suas contribuições intelectuais, pela disposição em discutir ideias e por seus feedbacks construtivos, que enriqueceram este projeto em inúmeras maneiras. Sua dedicação em garantir que eu tivesse todas as ferramentas e condições necessárias para a conclusão deste trabalho foi, sem dúvida, um diferencial que elevou a qualidade do resultado obtido.

Aos meus colegas de mestrado, agradeço pela união, pelo intercâmbio de conhecimento e pelo apoio contínuo ao longo desses dois anos. Durante esse período, aprendemos e crescemos juntos, e guardo com carinho as memórias dos momentos compartilhados.

DEDICATÓRIA

A Deus, por me proteger e iluminar neste caminho e me conceder a força para seguir sempre diante de qualquer adversidade.

À minha avó, Agripina, meu anjo que sempre guiará meus passos, por sempre ter confiado em mim e me brindar amor infinito. Esperando voltar a te dar aquele abraço sem fim ao terminar meu caminho.

Ao meu querido pai, Milton Duck León Vergara, que embora não esteja mais fisicamente presente, continua a ser uma fonte constante de inspiração e força em minha vida. Sua sabedoria, amor e apoio incondicional me guiaram até aqui, sinto sua falta todos os dias e espero que esteja orgulhoso de mim, onde quer que esteja.

A minha querida mãe, Elvira Carmen Robles Alamo, por ser minha guia e modelo a seguir, e por acreditar em mim em todos os momentos. Sem o seu exemplo e apoio, esta conquista não teria sido possível.

Aos meus irmãos, Ahilin León Robles e Álvaro León Robles, por estarem sempre ao meu lado, compartilhando risos, desafios e vitórias. Pelo apoio incondicional, pela amizade sincera e por serem uma parte essencial da minha vida.

Ao Dr. Alberto German Santa Cruz, pelas valiosas lições que me ofereceu ao longo de todo esse tempo e por ser um grande exemplo a seguir. Sua orientação e sabedoria foram fundamentais para o meu desenvolvimento acadêmico e pessoal.

Aos meus tios, José e Juan, e à minhas tias, Lourdes e Hilda, minha estima por todo o apoio que me ofereceram ao longo de toda a minha trajetória.

Aos meus primos Gerson, Diego, Karina e Claudia, que sempre foram como irmãos para mim e estiveram ao meu lado, garantindo que eu nunca me sentisse sozinha.

A minha melhor amiga, Olenka, por me impulsionar e encorajar a ser a melhor em tudo, sempre. Sua presença tem sido fundamental, me motivando e celebrando cada conquista, grande ou pequena.

A Lucas, por seu apoio incondicional que me proporcionou ao final deste caminho, por estar presente e me ajudar a enfrentar os desafios com mais tranquilidade e determinação.

Às minhas adoradas amigas, Gloria Angeldonis, Esther Rios e Beatriz Benítez, por confiarem em mim desde o dia em que me conheceram, por me darem sua amizade, amor e carinho infinito, por estarem comigo quando mais precisei.

RESUMO

A saúde bucal é um componente essencial da saúde geral e do bem-estar, refletindo as condições de vida e o acesso aos cuidados de saúde. No Peru, a cárie dentária continua sendo um dos problemas bucais mais prevalentes. As políticas públicas, programas e ações foram implementados ao longo do tempo para reduzir essa prevalência e promover hábitos saudáveis entre a população.

Objetivo geral da dissertação: Identificar e caracterizar as políticas públicas, programas e ações de saúde bucal existentes no Peru, bem como, suas repercussões na prevalência de cárie dentária.

Manuscrito I: CARACTERIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS, PROGRAMAS E AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO PERU: enfoque em promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Teve como objetivo caracterizar as políticas públicas, programas e ações de acordo com os campos de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação oral no Peru. A presente pesquisa tratou-se de uma investigação documental e de revisão bibliográfica, realizado através da coleta de dados na base bibliográfica governamental do “Ministerio de salud” do Peru (MINSa), com período de 1968 até 2024, e a seleção baseou-se em combinações de descritores como “epidemiologia”, “salud bucal”, “política de salud” e “Perú”. Os achados, desde a implementação inicial de normas em 1968 até os mais recentes planos nacionais, destacam-se pela ênfase na promoção da saúde e prevenção das doenças, como a fluoretação do sal e o fortalecimento da educação em saúde bucal. No entanto, áreas como tratamento e reabilitação oral têm recebido menos atenção. Embora se tenha observado avanços na implementação de políticas públicas voltadas para a saúde bucal no Peru, é fundamental avançar em direção a uma abordagem mais abrangente, integrada e equitativa, que considere as diversas necessidades da população e promova o acesso universal a cuidados de saúde bucal de qualidade.

Manuscrito II: ESTRATÉGIAS DE FLUORETAÇÃO SISTÊMICA E SUA EFICÁCIA NA PREVALÊNCIA DE CÁRIE DENTÁRIA: uma análise comparativa entre Brasil e Peru – teve como objetivo analisar e comparar as diferentes estratégias de fluoretação sistêmica implementadas no Brasil e no Peru, e avaliar sua eficácia na redução da prevalência de cárie dentária em ambos os países, aos 12 anos de idade. A presente pesquisa tratou-se de uma investigação documental e de revisão bibliográfica, com coleta de dados em bases bibliográficas (Web of Science, Scopus, PubMed e SciELO) e bases de dados governamentais. Os descritores de busca utilizados foram: (“fluoride” OR “fluorine” OR “flúor”) AND (“dental caries” OR “decay” OR “caries”) AND (“Peru” OR “Brasil”). Os achados indicam uma tendência geral de diminuição da prevalência de cárie dentária

e do índice CPOD aos 12 anos de idade no Brasil e no Peru, embora com ritmos e magnitudes diferentes. No Brasil, houve uma redução contínua do CPOD aos 12 anos de idade, atingindo 1,67 em 2023, e no Peru, houve melhoria entre 2012-2014, com o CPOD aos 12 anos de idade, reduzindo para 3,45 e a prevalência para 57,6%. Garantir que todas as populações tenham igual acesso à fluoretação é fundamental para que os avanços na redução da cárie dentária sejam sustentáveis e inclusivos.

Palavras-chave: “epidemiologia bucal”, “Peru”, “política pública em saúde bucal”, “saúde bucal em Peru”.

ABSTRACT

Oral health is an essential component of overall health and well-being, reflecting living conditions and access to healthcare. In Peru, dental caries remain one of the most prevalent problems. Public policies, programs, and actions have been implemented over time to reduce this prevalence and promote healthy habits among the population. General objective of the dissertation: Identify and characterize existing public policies, programs, and actions regarding oral health in Peru, as well as their impact on the prevalence of dental caries. **Manuscript I: CHARACTERIZATION OF PUBLIC POLICIES, PROGRAMS, AND ACTIONS IN ORAL HEALTH IN PERU:** Focus on health promotion, disease prevention, treatment, and rehabilitation. This study aims to characterize public policies, programs, and actions according to the fields of health promotion, disease prevention, oral treatment, and rehabilitation in Peru. This research involved a documentary investigation and literature review, using data collected from the Peruvian Ministry of Health (MINSA) bibliographic database from 1968 to 2024. The selection was based on combinations of descriptors such as "epidemiology," "oral health," "health policy," and "Peru." The findings indicate an initial implementation of standards in 1968 up to the most recent national plans, highlighting an emphasis on health promotion and disease prevention, such as salt fluoridation and strengthening oral health education. However, areas like oral treatment and rehabilitation have received less attention. While advances in the implementation of public policies focused on oral health in Peru have been observed, it is essential to move toward a more comprehensive, integrated, and equitable approach that considers the diverse needs of the population and promotes universal access to quality oral healthcare. **Manuscript II: SYSTEMIC FLUORIDATION STRATEGIES AND THEIR EFFECTIVENESS ON THE PREVALENCE OF DENTAL CARIES:** a comparative analysis between Brazil and Peru. This study aims to analyze and compare the different systemic fluoridation strategies implemented in Brazil and Peru and evaluate their effectiveness in reducing the prevalence of dental caries in both countries. This research involved a documental investigation and literature review, with data collection from bibliographic databases (Web of Science, Scopus, PubMed, and SciELO) and governmental databases. The search descriptors used were: (fluoride or fluorine or fluor) and ("dental caries" or decay or caries) and ("peru" or "brazil"). The findings indicate a general trend of decreasing prevalence of dental caries and the DMFT index at 12 years of age in Brazil and Peru, although with different rates and magnitudes. In Brazil, there was a continuous reduction of the DMFT index at 12 years of age, reaching 1,67 in 2023, and in Peru,

there was an improvement between 2012-2014, with the DMFT index at 12 years of age reducing to 3,45 and the prevalence to 57,6%. Ensuring that all populations have equal access to fluoridation is essential for the advances in reducing dental caries to be sustainable and inclusive.

Keywords: "oral epidemiology," "Peru," "public policy in oral health," "oral health in Peru."

LISTA DE QUADROS

MANUSCRITO I

Quadro 1. Panorama das políticas públicas, programas e ações de saúde bucal no Peru, desde 1968 até 2022.....	32
--	----

MANUSCRITO II

Quadro 1. Documentos técnicos e normativos nacionais sobre o uso de fluoretos sistêmicos no Brasil.....	50
Quadro 2. Documentos técnicos e normativos nacionais sobre o uso de fluoretos sistêmicos no Brasil.....	55
Quadro 3. Estudos nacionais de prevalência de cárie e índice CPOD aos 12 anos de idade no Brasil e no Peru.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CGVAM	Coordenadoria Geral de Vigilância Ambiental em Saúde
CGVS	Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde
CPOD-12	Número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados aos 12 anos
DGIESP	Direção Geral de Intervenções Estratégicas em Saúde Pública
F	Flúor
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde MS Ministério da Saúde
IDH-M	Índice de desenvolvimento humano
MINSA	Ministerio de Salud - Peru
NaF	Fluoreto de sódio
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNPSO	Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral
Ppm	Partes por milhão
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISAGUA	Sistema de Informações da Vigilância da Qualidade da Água SNIS Sistema Nacional de Informações em Saneamento
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
VIGIAGUA	Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
VMP	Valor Máximo Permitido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2. REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 Determinantes sociais de saúde	18
2.2 Sistema de saúde no Peru	19
2.3 Políticas públicas e programas em saúde bucal.....	21
2.4 Políticas públicas de saúde bucal na América Latina.....	24
2.5 Situação epidemiológica da cárie dentária na América Latina e no Peru	27
2.6 Fluoruros dentais	29
3 OBJETIVOS	30
3.1 Objetivo geral	30
3.2 Objetivos específicos.....	30
4. PRODUTOS BIBLIOGRÁFICOS DA DISSERTAÇÃO	31
5 CONCLUSÕES GERAIS E CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
5.1 CONCLUSÕES GERAIS.....	36
5.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
6 PERSPECTIVAS FUTURAS	38
7. NOTA À IMPRENSA	39
8 RELATÓRIO DE CAMPO	41
REFERÊNCIAS	43
ANEXO	47
ANEXO A: Normas da revista para submissão manuscrito I	47
ANEXO B: Normas da revista para submissão manuscrito II	58
ANEXO 3. Submissão do manuscrito I.....	65

APRESENTAÇÃO

Antes de começar a apresentação desta tese, permitam-me apresentar-me. Quem sou eu? Meu nome é Sally Sendy León Robles, sou cirurgiã-dentista formada pela Universidade Nacional Mayor de San Marcos, no Lima - Peru. Desde o início da minha carreira, sempre busquei contribuir ativamente para a melhoria da saúde pública. No ano de 2021, tive a honra de participar do Programa de Intercâmbio Virtual 2021-2 oferecido pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), onde concluí a disciplina Políticas Públicas de Saúde. Essa experiência não só ampliou minha visão sobre os desafios e avanços na saúde pública, mas também reforçou meu compromisso com a melhoria das condições de saúde da população. Em 2023, fui agraciada com uma bolsa de estudos da CAPES para realizar meu mestrado no Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde - Mestrado e Doutorado na UNISC.

A presente dissertação explora hipóteses relacionadas com as políticas, programas e ações de saúde bucal e suas repercussões com a prevalência da cárie dentária, tais como: H1: As políticas públicas, programas e ações de saúde bucal no Peru tem repercussões na prevalência da cárie dentária; H2: Os campos de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação oral são contemplados em diferentes políticas públicas, programas e ações de saúde bucal no Peru; H3: O Brasil e o Peru apresentam diferenças na prevalência de cárie dentária, tendo influência das estratégias de fluoretação sistêmica implementadas em ambos os países.

Diante disso, este estudo está inserido na linha de pesquisa Vigilância em Saúde. O trabalho dialoga com os objetivos do Programa de Pós-Graduação (PPG) em Promoção da Saúde, ao investigar as políticas públicas, programas e ações de saúde bucal e suas repercussões com a prevalência da cárie dentária. Esta pesquisa trata-se de uma investigação documental e analítica, com coleta de dados a partir da busca em bases bibliográficas (Web of Science, Scopus, PubMed e SciELO) e bases de dados governamentais no site do “Ministerio de Salud” do Peru (MINSa) e o Ministério da Saúde do Brasil (MS). Os descritores de busca utilizados foram: “epidemiologia”, “salud bucal”, “política de salud” e “Perú”. A presente dissertação resultou em dois manuscritos científicos: “**CARACTERIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS, PROGRAMAS E AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO PERU: enfoque em promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação**” e “**ESTRATÉGIAS DE FLUORETAÇÃO SISTÊMICA E SUA EFICÁCIA NA PREVALÊNCIA DE CÁRIE DENTÁRIA: uma análise comparativa entre Brasil e Peru**”.

A dissertação possui a seguinte estrutura: Introdução, que é composta pela fundamentação do tema e justificativa da pesquisa, com apresentação da questão central. O marco teórico, faz uma breve contextualização das Políticas Públicas em saúde bucal na América Latina e da cárie dentária. Em sequência estão os objetivos (geral e específicos) e os produtos bibliográficos da dissertação: Manuscrito I: CARACTERIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS, PROGRAMAS E AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO PERU: enfoque em promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação e o Manuscrito II: ESTRATÉGIAS DE FLUORETAÇÃO SISTÊMICA E SUA EFICÁCIA NA PREVALÊNCIA DE CÁRIE DENTÁRIA: uma análise comparativa entre Brasil e Peru. Em seguida estão as conclusões gerais e as considerações finais, as perspectivas futuras, nota à imprensa, o relatório de campo e as referências. Por último nos anexos, estão as normas da Revista em que os manuscritos serão submetidos.

1 INTRODUÇÃO

Conforme o relatório do Global Burden Disease de 2017, 48% da população global enfrenta problemas relacionados a doenças bucais, e existe a probabilidade que esses números aumentem à medida que as populações continuam a crescer e envelhecer (SPENCER et al., 2019).

A doença bucal com maior prevalência em todo o mundo é a cárie dentária, afetando entre 3 - 4,7 mil milhões de pessoas no mundo. Este alto nível de prevalência representa um grande desafio para a saúde pública, com consequências significativas para o bem-estar geral, estendendo-se para além da cavidade bucal, a qualidade de vida de maneira significativa, podendo causar dor, desconforto, dificuldades para comer, mastigar e falar e alterar as interações sociais (OMS, 2022; JAMES et al., 2018).

O processo de saúde e doença é dinâmico, podendo ocorrer uma rápida transição de um estado saudável para um estado de doença, influenciada por uma variedade de fatores, incluindo os biológicos, psicossociais, geográficos, econômicos, culturais, ambientais e políticos. (ESPINOZA; PACHAS, 2013). As doenças bucais estão entre as patologias mais comuns no mundo e representam sérios riscos à saúde, reduzindo significativamente a qualidade de vida das pessoas afetadas. As pessoas podem ter várias condições de saúde bucal afetando os dentes, gengivas, língua e outros tecidos da cavidade oral (JAMES et al, 2018).

Os termos "saúde geral" e "saúde bucal" não devem ser interpretados de forma separada, como se fossem entidades distintas. A saúde bucal é parte integrante da saúde geral, pois um indivíduo não pode ser considerado plenamente saudável se sua saúde bucal não estiver em boas condições. A dimensão da saúde bucal foi ampliada com a adição do conceito de bem-estar depois que a OMS expandiu a definição de saúde para incluir o bem-estar social. Desde então, considera-se que a saúde oral também contribui para o bem-estar geral e não para a mera ausência de doenças. (DHHS, 2002; PETERSEN, 2003)

A Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde durante anos. Ademais, o acesso aos serviços de saúde bucal era extremamente limitado e complicado, com enfoque na assistência curativa e não preventiva. A extração dentária era o principal tratamento oferecido em rede pública, prevalecia uma filosofia de odontologia mutiladora, na qual o cirurgião-dentista atuava com foco na clínica (BRASIL, 2015). As políticas públicas de saúde são importantes, pois visam solucionar problemas ou necessidades que afetam a saúde da coletividade ou do indivíduo. Por meio de ações conjuntas entre o Estado e a sociedade, essas políticas envolvem o uso de

recursos públicos, e, para garantir sua efetividade, é fundamental que documentos orientem a aplicação financeira em cada ação planejada. (SPEZZIA, 2014).

Lim et al. (2020) em seu estudo reconhecem que existe uma deficiência comum nas políticas públicas em todas as nações, ainda mais nas políticas de saúde pública, especificamente na saúde bucal. Assim, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a respeito do relatório oficial da Associação Americana de Saúde Pública (AESP), menciona que a saúde pública protege e promove a saúde dos indivíduos e das comunidades onde interagem.

Segundo o último estudo nacional realizado pelo Ministério da Saúde do Peru (MINSa), entre os anos de 2012 e 2014, 85,6% da população peruana apresentava cárie dentária, é por isso que o MINSa promove atividades promocionais preventivas, recuperação e reabilitação em saúde bucal no âmbito da atenção integral à saúde, com foco nas fases mais vulneráveis da vida: infância, adolescência, idade adulta, idosos e grávidas (MINSa,2019).

A Direção Geral de Intervenções Estratégicas em Saúde Pública (DGIESP), nomeadamente através da Direção de Saúde Oral, exerce sua função reguladora com o objetivo de proporcionar aos habitantes o mais completo bem-estar físico, mental e social, reconhecendo também que a saúde dos habitantes da Nação é um bem público que inclui a saúde oral como parte da saúde geral (REMUZGO M; REMUZGO S, 2022).

As doenças bucais são a causa de diferenças sociais que impactam significativamente o desenvolvimento sustentável; contudo, em muitos países, a saúde bucal não é uma questão de saúde prioritária, o que constitui um desafio fundamental para os sistemas de saúde, que devem garantir o acesso universal e equitativo aos serviços básicos de saúde bucal para todos (FDI, 2021). No Peru, as investigações científicas relacionadas com o domínio das políticas públicas são escassas e para combater as doenças bucais é importante tomar boas decisões e implementar políticas, planos e estratégias baseadas em evidências científicas, bem como a inclusão de ações multissetoriais sobre os determinantes sociais da saúde (PAIVA et al., 2021).

Portanto, o objetivo desta pesquisa é realizar uma investigação documental analítica sobre políticas públicas, programas e ações em saúde bucal no Peru que poderá fornecer evidências para auxiliar no aprimoramento de políticas públicas em saúde bucal. Assim, chegamos ao seguinte problema de pesquisa: quais são as políticas públicas, programas e ações de saúde bucal existentes no Peru, bem como, suas repercussões na prevalência de cárie dentária?

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Determinantes sociais de saúde

Na odontologia, tradicionalmente, o modelo biomédico tem sido o dominante, concentrando-se nos aspectos biológicos e físicos da saúde bucal. No entanto, com o avanço das pesquisas e uma perspectiva mais holística com mudanças de paradigmas, o modelo psicossocial tem ganhado relevância, considerando fatores psicológicos e influências sociais na saúde bucal (SPIGER et al., 2024).

O modelo biomédico na odontologia se concentra nos fatores biológicos como a principal causa dos problemas de saúde bucal, buscando tratar os sintomas ou as condições biológicas subjacentes. Essa abordagem tradicional enfatiza o diagnóstico e o tratamento das doenças com base em evidências científicas e protocolos clínicos. Considera-se este um paradigma reducionista, que contempla um dualismo mente-corpo e isola os processos mentais dos somáticos (BARROS, 2002).

Com base nessa teoria, Engel propõe um novo modelo assistencial, o chamado modelo psicossocial, que reconhece a interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais na determinação da saúde bucal. Além de tratar as doenças, esse modelo leva em conta a percepção do paciente sobre sua própria saúde, suas emoções, comportamentos, nível de estresse, hábitos de vida e até mesmo fatores socioeconômicos que podem influenciar na prevenção e progressão das condições bucais. Dessa forma, busca promover um atendimento mais completo, centrado na pessoa e na melhoria da sua qualidade de vida. Essa diferença reflete uma mudança na forma como os profissionais de saúde bucal abordam o cuidado dos pacientes, considerando não apenas o aspecto técnico, mas também sua experiência e bem-estar geral (ELIO, 2023).

Os determinantes de saúde que condicionam a saúde geral também influenciam diretamente a saúde bucal, sendo definidos como fatores, condições ou circunstâncias que afetam o nível de saúde de indivíduos e populações (CARVALHO, 2012). Em 1974, Lalonde classificou esses determinantes em quatro grupos principais: biologia humana, incluindo aspectos como genética e envelhecimento; meio ambiente, abrangendo fatores físicos, psicológicos, biológicos, psicossociais e socioculturais; estilos de vida e comportamentos de saúde, como tabagismo, consumo de álcool, dieta e sedentarismo; e o sistema de cuidados de saúde, que envolve questões como acessibilidade e listas de espera (LALONDE, 1974). O primeiro fator, a biologia humana, tem pouca contribuição

para o nível de saúde. Do ponto de vista da saúde bucal, interessa-se pelo aparecimento de processos dentários como doenças periodontais, câncer ou maloclusões (SCHENKEIN, 1998).

A complexidade do campo da saúde é inegável, qualquer que seja a perspectiva sob a qual seja abordada. Nas últimas décadas, as agendas internacionais têm oscilado entre uma perspectiva predominantemente focada na tecnologia médica e uma posição que busca compreender a saúde como um fenômeno social, o que implica formas de atuação mais complexas (WHO, 2010).

Os determinantes da saúde podem ser definidos como os fatores que influenciam, afetam e/ou determinam a saúde das populações e dos cidadãos. O equilíbrio entre saúde e doença é determinado por uma multiplicidade de fatores de origem social, econômica, cultural, ambiental e biológica/genética, reconhecidos internacionalmente. Apesar da inegável influência de fatores externos ao indivíduo, eles nem sempre foram considerados na formulação de políticas relacionadas à saúde (CARVALHO, 2012).

A Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) definiu os Determinantes Sociais da Saúde como as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde. Essas condições resultam da distribuição global, nacional e local de dinheiro, poder e recursos, que dependem das políticas adotadas; a distribuição desigual leva a grandes diferenças na saúde entre países desenvolvidos e em desenvolvimento (SOLAR; IRWIN, 2010).

2.2 Sistema de saúde no Peru

O sistema de saúde peruano não sofreu mudanças desde 1978, quando foi instaurado, e os subsetores público e privado estão integrados. O subsetor público inclui dois regimes: o Regime Contributivo Indireto (subsidiado), financiado com recursos fiscais, contribuições das famílias e cooperação internacional e o Regime Contributivo Direto, financiado pelos empregadores (ESSALUD). O financiamento dos institutos armados e da polícia nacional é do Estado, complementado pela contribuição dos seus membros. O Regime Privado é financiado pelas famílias através de pagamentos diretos ou através de um plano de benefícios para seguradoras privadas (ALCALDE et al., 2019).

São 26 unidades descentralizadas, 25 Direções Regionais de Saúde (DIRESA). ESSALUD, os institutos militares e a polícia nacional dispõem de uma rede própria de serviços distribuída por todo o país. Existe também uma rede mista de serviços que, sendo estatal, funciona sob o regime

privado que foi implementado pelo Município Metropolitano de Lima e se estendeu a diferentes cidades do país (Hospitais da Solidariedade) (ALCALDE et al., 2019).

Segundo a concepção da Organização Mundial da Saúde, o sistema de saúde abrange todas as organizações, instituições e recursos cujo objetivo principal é realizar atividades destinadas a melhorar a saúde. Assim, é o conjunto de recursos e processos para executar ações, realizadas por diferentes atores e instituições de forma coordenada, para contribuir para a melhoria da saúde da população (OMS, 2010).

A organização da atenção à saúde no Peru constitui-se de uma organização de atenção em diferentes níveis de complexidade e tem como objetivo combinar de forma eficiente a necessidade de atender à máxima cobertura dos serviços prestados, com a maior qualidade possível (MINSa, 2020):

a) Nível primário (cobertura máxima, complexidade mínima)

É uma forma de organização da oferta de serviços de saúde, onde se realizam principalmente atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos e controlo de danos à saúde, diagnóstico precoce, tratamento oportuno, reabilitação e cuidados paliativos; tendo como eixo de intervenção as necessidades de saúde mais frequentes da pessoa, família e comunidade. Os graus de gravidade e magnitude dos problemas de saúde neste nível determinam cuidados de saúde com uma oferta de saúde mais próxima da população, de grande dimensão e geralmente de baixa complexidade, constituindo-se também como facilitador e coordenador do processo de atenção integral à saúde dos usuários dentro do Sistema Nacional de Saúde (MINSa, 2020; MINSa 2011; MINSa, 2004).

b) Nível secundário (menos cobertura, maior complexidade)

Seu trabalho é direcionado a um segmento menor da população (menor cobertura), são realizados diagnósticos e tratamentos que não puderam ser resolvidos no nível primário. Geralmente está intimamente relacionado com os serviços clínicos dos hospitais, o seu grau de desenvolvimento é variável e depende do estabelecimento a que está vinculado e das características de cada serviço de saúde. Para seu funcionamento necessita de unidades de apoio diagnóstico mais complexas (laboratório, imagem, anatomia patológica, etc.). Em geral não há contacto direto com a comunidade, está relacionado tanto com o nível primário para devolver os casos resolvidos, como com o nível terciário quando a complexidade assim o exigir, à medida que o nível primário se torna mais eficiente, este nível deve ser adaptado e diferenciado nas especialidades ou subespecialidades necessárias (MINSa, 2011; MINSa 2004).

c) Nível terciário

É o nível de maior especialização e capacidade de resolução em termos de recursos humanos e tecnológicos destinados a resolver as necessidades de saúde que são referidas nos níveis de cuidados anteriores, bem como aquelas pessoas que se deslocam aos estabelecimentos deste nível por motivos de urgência ou emergência. Além disso, realiza atividades promocionais preventivas, conforme o caso (MINSa, 2011; MINSa 2004).

2.3 Políticas públicas e programas em saúde bucal

A Organização Mundial da Saúde define saúde bucal como: a ausência de dor oral ou facial, infecções ou feridas na boca, doenças gengivais, cáries, perda de dentes e outras patologias ou distúrbios que limitam a capacidade de morder, mastigar, sorrir e falar. E que têm impacto no bem-estar psicossocial (OMS, 2022).

Segundo o Ministério da Saúde do Peru (MINSa, 2024), a saúde bucal é a ausência de dores na face e na cavidade oral (lábios, gengivas, palato e outros), câncer de boca ou garganta, infecções e feridas na boca, doenças gengivais, cáries, perda de dentes e outras doenças, além de distúrbios que limitam a capacidade da pessoa afetada de morder, mastigar, sorrir e falar, tendo ao mesmo tempo um impacto no seu bem-estar psicossocial. A saúde bucal é essencial para desfrutar de boa saúde e qualidade de vida.

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais no Brasil (SES-MG, 2023) define a saúde bucal como o estado de equilíbrio entre os tecidos da boca (dentes, gengivas, língua, bochechas, lábios e palato) e o resto do corpo. Isso significa que a boca deve estar livre de infecções, inflamações, lesões, cáries, placa bacteriana, tártaro, sangramentos e outros problemas que possam comprometer sua função e aparência. A saúde bucal depende de vários fatores, como genética, sistema imunológico, estilo de vida, hábitos alimentares e higiene.

A World Dental Federation (IDF, 2015) define a saúde bucal como um componente essencial da saúde humana, que envolve a ausência de dores ou doenças na cavidade bucal, bem como alterações que limitam a capacidade mastigatória, fonética ou habilidades psicossociais, consequentemente, sua alteração afeta diretamente a saúde integral das pessoas, causando danos físicos, sociais e psicológicos, que geram impacto na qualidade de vida das pessoas.

A política é entendida como uma ciência e arte de governar que trata da organização e administração de um Estado em seus assuntos e interesses; é um comportamento proposital, intencional, planejado, e não simplesmente reativo, casual. É acionado com a decisão de atingir

determinados objetivos através de métodos específicos; trata-se de uma ação significativa (AGUILAR, 1996). Da mesma forma, é um processo de ação que envolve um conjunto complexo de decisões e operadores, sendo uma atividade de comunicação pública (HECLO, 1974). Para desenhar uma estratégia é necessária a colaboração de um grupo de indivíduos que interagem e negociam, ampliando e afrouxando propostas e acordos para obter uma política pública que alcance benefícios convergentes para todos os envolvidos (HECLO, 1974; CALDUCH, 1993).

As políticas públicas, segundo a abordagem institucionalista, são definidas como as ações desenvolvidas por representantes governamentais e oficiais, focadas no bem comum. Elas podem manifestar-se através de atos jurídicos (leis, decretos e resoluções), bem como planos, programas ou declarações. Contudo, não são sempre claras e podem ser difíceis de reconhecer como realidades concretas ou expressões formais, já que envolvem o que os governos fazem, deixam de fazer ou afirmam que farão. Embora a perspectiva institucionalista tenha trazido elementos valiosos para a análise das políticas governamentais, dois problemas surgem: em primeiro lugar, as decisões implementadas nem sempre são assumidas pelos órgãos estatais. Em segundo lugar, a globalização apresenta um crescente poder dos grupos financeiros privados, muitas vezes superior às decisões dos estados-nação. (RABOTNIKOF, 1993).

Na declaração política da primeira reunião de alto nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a prevenção e controle das doenças não transmissíveis, que ocorreu em 2011, reconhece-se que as doenças bucais constituem um fardo significativo para o setor da saúde de muitos países e que podem beneficiar de respostas comuns às doenças não transmissíveis através da partilha de fatores de risco como o consumo de tabaco, álcool e dieta pouco saudável (ONU, 2011). Em 2019, a declaração política da primeira reunião de alto nível da Assembleia Geral sobre a cobertura universal de saúde inclui o compromisso de intensificar os esforços para resolver os problemas de saúde oral através da sua inclusão na cobertura universal de saúde (ONU, 2020).

Em 2020, o Relatório do Diretor-Geral da 148ª reunião do Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe um conjunto de medidas destinadas a alcançar uma melhor saúde oral no âmbito de programas relacionados com a não -doenças transmissíveis e cobertura universal de saúde, e contribuir para a consecução da Agenda 2030 das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável e dos seus Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Neste contexto, as prioridades do programa global de saúde oral da OMS são as seguintes (OMS, 2020):

- Desenvolver trabalho de apoio normativo e prático para os países.
- Publicar um relatório global sobre saúde bucal.
- Garantir a integração da saúde oral noutras iniciativas transversais.
- Apoiar a aplicação do acordo de Minamata.
- Desenvolver um programa de Saúde Oral com tecnologias digitais.
- Fortalecer os sistemas de informação e vigilância em saúde bucal

Os programas são definidos como o desenho de um conjunto de ações, relacionadas entre si, para obter um objetivo. Para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), é desenvolvido um programa para abordar continuamente um conjunto definido de problemas ou necessidades de grupos específicos da população, estabelecendo áreas de concentração a fim de otimizar o uso dos recursos existentes para alcançar objetivos desagregados em áreas específicas. Todo programa é composto pelos seguintes elementos: finalidades, objetivos, metas, técnicas e/ou estratégias, atividades, recursos, áreas, beneficiários, fases ou etapas, cronograma e responsáveis (VINCEZI, 2009; TUDESCO, 2009).

Geralmente, os programas de saúde bucal desenvolvidos, na prática, quase não incorporam crianças pré-escolares, pois representam um custo elevado para o governo, pois são dentições primárias, que em última instância são unidades odontológicas que são substituídas; embora teoricamente a população infantil seja sempre tida como prioridade nos programas de saúde. A medicina dentária comunitária é considerada como a alternativa específica para a mudança e obtenção da solução dos problemas de saúde oral do indivíduo, da família e do grupo, e cuja base científica é dada essencialmente pelos conhecimentos de saúde pública e de medicina dentária preventiva (LÓPEZ, 2003).

Todo programa é composto pelos seguintes elementos: o propósito, que se refere aos valores e intenções do programa. O objetivo, que é definido como a afirmação que descreve a transformação que se pretende alcançar nas situações existentes. As metas, que são objetivos altamente especificados em magnitude e tempo, são perspectivas mensuráveis tanto quantitativa quanto qualitativamente, consistentes com os objetivos propostos. Técnicas e estratégias, refere-se a como os objetivos do programa serão realizados, ou seja, são as maneiras de proceder para colocar o programa da melhor forma possível. Atividades, são as diversas tarefas mensuráveis, tangíveis e recorrentes que têm em comum o alcance de um objetivo específico. Em relação à avaliação são realizados dois níveis, o primeiro nível é a avaliação de resultados, que ocorre ao final do programa

e o segundo nível é a avaliação do processo, que é realizada durante a execução do programa. Os recursos, referem-se à forma como a proposta será executada, à utilização de insumos humanos e materiais, aos meios financeiros e à infraestrutura. Os Escopos é onde o programa será implementado. Os beneficiários e/ou destinatários, respondem a quem o programa foi desenhado e orientado. As fases ou etapas compreendem a avaliação ou diagnóstico inicial, o desenvolvimento das atividades e a avaliação ou resultados finais. O cronograma é um esquema onde o conjunto de atividades programadas é distribuído e organizado em uma sequência temporal. Os responsáveis, referem-se àqueles que respondem e apoiam o programa (VINCEZI; TUDESCO, 2009).

As ações coletivas em Saúde Bucal são estratégias para a melhoria das condições de Saúde Bucal da população, sendo desenvolvidas com o objetivo de atingir o maior número de pessoas, por meio de procedimentos realizados em determinados espaços sociais com a finalidade de prevenir agravos e promover a saúde através da educação. As ações de assistência odontológica individual são fundamentais para a minimização do quadro dramático das doenças bucais e seus impactos na vida das pessoas (SMS, 2009).

2.4 Políticas públicas de saúde bucal na América Latina

Embora os avanços na odontologia na América Latina permitam a aplicação de novas técnicas e materiais para garantir uma saúde dental ideal, a significativa desigualdade econômica limita o acesso a tratamentos de qualidade a apenas algumas pessoas. Essa disparidade deixa as comunidades com menos recursos sem a possibilidade de receber cuidados odontológicos adequados e oportunos, necessários para prevenir, reduzir ou eliminar doenças (BHANDARI, 2016).

Na Argentina, um estudo epidemiológico realizado em 2015 encontrou uma prevalência de cárie dentária de 74,4% em crianças de 6 anos e de 70% em crianças de 12 anos. A Direção Nacional de Saúde Oral implementa, coordena e fiscaliza políticas que incluem atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Porém, é fundamental o fortalecimento do primeiro nível de atenção com equipes interdisciplinares, a participação comunitária dos atores sociais, econômicos e acadêmicos, bem como o estabelecimento de um sistema de monitoramento e unificação do prontuário clínico odontológico com consentimento do paciente (GONZÁLEZ, 2019).

Na Colômbia, de acordo com um estudo Nacional de Saúde em 2014, a prevalência de cárie dentária foi de 37,45% aos 12 anos de idade, 64,73% em indivíduos de 35 a 44 anos e 43,47% em

indivíduos de 35 a 44 anos (MINSALUD, 2014). O serviço de saúde bucal incorpora diversos procedimentos e técnicas; no entanto, a cobertura odontológica é fraca e o financiamento é escasso para garantir a universalidade. Foram implementadas políticas de saúde bucal que incluem medidas preventivas populacionais, vigilância epidemiológica, investigação populacional e estratégias coletivas (OTÁLVORO et al., 2019).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde 2016-2017 no Chile, a prevalência de cárie dentária foi registrada como 40,9% na população de 15 a 24 anos, 57,1% na faixa etária de 25 a 44 anos, 59,6% entre 45 e 64 anos, e 57,2% na população com 65 anos ou mais (MINSAL, 2017). A política de saúde bucal do Chile adota uma abordagem preventiva promocional, focada nas populações mais vulneráveis, e inclui atividades de recuperação com estratégias custo-efetivas baseadas em evidências, conforme destacado no Plano Nacional de Saúde Bucal 2021-2030. (CARTES, 2020; MORALES et al., 2020).

No Equador, segundo estudo epidemiológico de 2010, constatou-se que a prevalência de cárie dentária em crianças de 6 anos é 79,9%; nas crianças de 12 anos foi de 60,8% e nas de 15 anos foi de 71,5% (OPS, 2011). As políticas públicas estão sob um regime de bem viver e de desenvolvimento, criando um impacto importante na sociedade devido às reformas do Estado. Porém, há 15 anos não se realiza um estudo epidemiológico no Equador e as políticas de saúde bucal são mínimas, o que demonstra a falta de regulamentação e controle; ressalte-se que a implementação das diversas estratégias para redução dos indicadores de cárie dentária não tem recebido acompanhamento até o momento, suas regulamentações são contraditórias já que, por um lado, os profissionais de saúde bucal não são considerados parte da atenção básica equipe básica. Além disso, o seu modelo integral de cuidados de saúde não é plenamente cumprido (MASSON et al., 2019; PARISE et al., 2020).

Na Venezuela, um estudo epidemiológico realizado em 2007 encontrou uma prevalência de cárie dentária em pessoas menores de 19 anos de 91,1% e em um estudo epidemiológico em 2010, uma prevalência de cárie dentária de 80,5% foi encontrada em crianças de 5 anos - aos 12 anos (MARTINS et al., 2014). O governo venezuelano tem promovido políticas de saúde bucal responsáveis por fornecer serviços odontológicos às áreas pobres do país e reabilitar pacientes edêntulos. No entanto, hoje esses serviços não estão abertos ao público em geral ou não oferecem serviços adequados pela falta de medicamentos, materiais, produtos essenciais de saúde, serviços básicos e migração de profissionais (ROMERO, 2020).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2008, no Paraguai foi relatada uma prevalência de cárie dentária em crianças de 6 anos de 90%, 75,6% em crianças de 12 anos e 81,5% em adolescentes de 15 anos (OPS, 2008). A Direção de Saúde Oral tem como objetivo melhorar a saúde bucal integral da população em nível nacional, abrangendo os diversos ciclos de vida, como grávidas, crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos. Os programas de saúde bucal são implementados com diferentes abordagens e com a compreensão de que intervenções isoladas não são eficazes. No entanto, dentro da estrutura organizacional e funcional do Ministério da Saúde Pública e Assistência Social (MSP e BS), é necessário promover a continuidade e a sustentabilidade dos progressos alcançados ao longo do tempo, aumentando a cobertura dos serviços odontológicos (CARRER, 2018; CABALLERO, 2019).

No Brasil, segundo o Relatório Nacional de Saúde Bucal de 2023, foi reportada uma prevalência de cárie dentária em crianças de 5 anos de 41,18%, em crianças de 12 anos foi de 36,85% e em indivíduos de 15 a 19 anos foi 43,73%. Para os adultos de 35 a 44 anos o índice chegou a 50%, e para os idosos de 65 a 74 anos foi 33%. A Política Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Brasil Sorridente, tem impactado positivamente a vida de inúmeros brasileiros ao oferecer serviços odontológicos gratuitos por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Os atendimentos têm início nas Unidades Básicas de Saúde, que são o primeiro ponto de contato do cidadão com os serviços odontológicos. Quando necessário, os pacientes podem ser encaminhados para tratamento especializado nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ou em hospitais. Além disso, o programa conta com o apoio dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), responsáveis pela confecção de próteses dentárias para atender à demanda de reabilitação oral (CAYETANO et al., 2019).

Enquanto isso, na Bolívia, a saúde bucal continua sendo uma preocupação importante. Segundo a OPS no ano 2023, 98% da população marginal ou rural apresenta cáries e poucos recebem tratamento odontológico, a Bolívia é um dos países com maior índice de cáries em dentes decíduos (ceod) em crianças de seis anos, com um índice de 7,9, e o índice de cáries em dentes permanentes (CPO-D) em crianças de 12 anos é de 4,7. Para abordar esse problema, foi criado o programa "Sorrisos Saudáveis-Vidas Saudáveis", cujo objetivo é reduzir a incidência de cáries dentárias por meio de atividades de promoção da saúde, atenção primária à saúde e reabilitação com próteses dentárias para pessoas idosas (CARRER, 2018).

No Uruguai, o levantamento populacional realizado entre 2010 e 2011 mostrou que 81% dos jovens já sofreram de cárie, enquanto nos adultos a incidência chega a 100%. Além disso, foi observado que a prevalência dessa condição é menor em Montevidéu comparada às demais regiões do país. No que diz respeito à odontologia, sua integração no Plano Integral de Atenção à Saúde (PIAS) é bastante limitada, oferecendo apenas serviços básicos, como atendimentos de emergência, extrações dentárias, restaurações em resina e algumas intervenções cirúrgicas realizadas somente em situações de risco de vida. Esse setor ficou à margem do processo de desenvolvimento do Sistema Nacional Integrado de Saúde. Embora nos últimos anos tenham sido realizados avanços na infraestrutura, gestão e medidas preventivas direcionadas às populações mais vulneráveis, os progressos foram pouco significativos e o número de profissionais na área odontológica continua insuficiente (LORENZO; ÁLVAREZ, 2020).

Segundo o Ministério da Saúde (MINSAs, 2014), no Peru obteve-se uma prevalência de cárie dentária em dentição decídua de 59,1%, em dentição mista de 85,6% e 57,6% em dentição permanente. A saúde bucal não tem sido uma prioridade nas políticas de saúde do Peru, possivelmente devido à alta prevalência de outras doenças que ameaçam a vida dos peruanos, além da falta de recursos financeiros dedicados à saúde bucal. Segundo um estudo epidemiológico de saúde bucal realizado no ano 2017 em escolares de 6 a 18 anos de idade de zonas rurais peruanas, se achou 85,26% dos escolares avaliados apresentavam cáries dentárias (AQUINO et al., 2019). Nos últimos anos, foram empreendidos esforços significativos para implementar políticas públicas de saúde bucal focadas em atividades preventivas (REMUZGO, 2022).

2.5 Situação epidemiológica da cárie dentária na América Latina e no Peru

Atualmente, as novas definições referentes à doença cárie são elaboradas com base em conceitos anteriores.

Em 2021, a Associação Americana de Odontologia definiu a doença da seguinte forma: “O termo ‘cárie dentária’ pode ser usado para descrever tanto o processo da doença quanto a lesão (não cavitada ou cavitada) que é formada como resultado do processo da doença. Uma definição de cárie é ‘uma doença mediada por biofilme, modulada pela dieta, multifatorial, não transmissível e de natureza dinâmica, levando à perda líquida de mineral dos tecidos duros dentais’” (ADA, 2021).

Segundo a OMS, em 2023, “a cárie dentária ocorre quando a placa bacteriana se forma na superfície de um dente e converte os açúcares livres (todos os açúcares adicionados aos alimentos

pelo fabricante, cozinheiro ou consumidor, além dos açúcares naturalmente presentes no mel, xaropes e sucos de frutas) contidos nos alimentos e bebidas em ácidos que destroem o dente ao longo do tempo. Uma ingestão elevada e contínua de açúcares livres, exposição inadequada ao flúor e falta de remoção da placa pela escovação podem levar à doença cárie, dor e, às vezes, perda de dentes e infecção” (WHO, 2023).

Assim, diante do exposto, pode-se dizer que a cárie é uma doença biopsicossocial causada por um desequilíbrio na microbiota nativa oral, ocasionado, principalmente, pelo consumo em grande frequência de carboidratos fermentáveis, especialmente pela sacarose, o que leva a uma perda mineral nos tecidos duros do dente. Se essa perda mineral não for contida, ela irá se manifestar clinicamente, inicialmente como uma lesão inicial não cavitada, que pode evoluir para uma cavidade (PITTS, 2020)

Fejerskov (2013) descreve a lesão cariiosa como um processo dinâmico que envolve desmineralização e remineralização causada pela atividade microbiana na superfície do dente, que pode eventualmente levar a uma perda líquida de mineral e à formação de uma cavidade. Enfatiza que a cárie é um sinal da doença, e não da doença em si. Enquanto alguns autores definem a cárie dentária com base nas suas manifestações clínicas (lesões, cavitações e dor), outros abordam-na numa perspectiva etiológica, considerando a desmineralização causada pelo metabolismo bacteriano dos hidratos de carbono, bem como o desequilíbrio entre os processos de desmineralização e remineralização.

As doenças bucais afetam desproporcionalmente os membros mais desfavorecidos da sociedade, refletindo desigualdades econômicas e sociais persistentes. As desigualdades são observadas ao longo da vida e em todas as populações em países de baixo, médio e alto rendimento. A maioria dos distúrbios de saúde bucal são evitáveis, no entanto, os países de baixo e médio rendimento têm maiores dificuldades em financiar intervenções de prevenção e controle, limitando o acesso a tratamentos adequados e oportunos. Esses antecedentes confirmam que as doenças bucais constituem um problema global de saúde pública (PERES et al., 2019).

Durante a última década, a América Latina experimentou transformações notáveis em suas políticas sociais, econômicas e de saúde. Essas reformas foram implementadas levando em consideração as características estruturais, institucionais e políticas de cada nação. Diversas pesquisas examinaram o impacto negativo dessas mudanças nos indicadores de saúde. Uma das principais causas desse agravamento é que uma parte significativa da população ainda não tem

acesso efetivo aos serviços de saúde. Isso resultou em uma notável restrição de recursos no setor, ocasionando uma diminuição considerável na capacidade organizacional e de gestão dos sistemas de saúde. (LEÓN et al., 2021; KRUK et al., 2018)

Mais de 50% das crianças de 5 a 6 anos e adolescentes de 11 a 13 anos na América Latina têm cáries dentárias, com a maior prevalência na região tropical (PAIVA et al., 2018). Alguns estudos na América Latina indicam que 97,5% dos idosos (acima de 60 anos) perderam dentes e, destes, 70,1% relataram usar próteses parciais ou totais. Além disso, 95% tinham necessidades odontológicas não atendidas, expressando dores, problemas de mastigação, dificuldades de fala e questões estéticas, entre outras (LEÓN et al., 2021). No entanto, há dados limitados sobre populações idosas, e esta informação é particularmente importante considerando a transição demográfica que está ocorrendo nas Américas (PAIVA et al., 2018).

2.6 Fluoruros dentais

A descoberta dos benefícios do flúor (F) na prevenção da cárie dentária ocorreu de forma casual nas primeiras décadas do século XX. Desde então, esse íon tornou-se um recurso fundamental na Odontologia para combater essa enfermidade (NARVAI, 2000). Os fluoretos reforçam a estrutura do esmalte dentário, aumentando sua resistência e reduzindo o risco de cáries. Além disso, desempenham um papel fundamental na prevenção da perda de minerais e na restauração do esmalte. Sua ação química permite a conversão da hidroxiapatita em fluorapatita, uma substância mais resistente à desmineralização e melhor preparada para enfrentar os efeitos dos ácidos bucais (RIVAS; HUERTA, 2005).

Vários estudos apontam que o F tem um papel crucial na prevenção da cárie, especialmente na fase pré-eruptiva. Por isso, sua aplicação desde os primeiros anos de vida é essencial para assegurar os melhores resultados. O flúor pode ser aplicado de duas formas: de maneira tópica, por meio de géis, vernizes, espumas e outros produtos; e de forma sistêmica, através do consumo de água, sal ou leite enriquecidos (TENUTA; CURY, 2010).

A aplicação do flúor sistêmico por meio da água potável e do sal artificialmente fluoretado tem sido reconhecida como uma das estratégias mais eficazes de saúde pública para a prevenção da cárie dentária em diversas partes do mundo. Estudos científicos demonstram que a fluoretação da água pode reduzir significativamente a incidência de cáries, especialmente em comunidades onde o acesso a cuidados odontológicos é limitado (SCHIFFNER, 2021; WHELTON et al., 2019).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Identificar e caracterizar as políticas públicas, programas e ações de saúde bucal existentes no Peru, bem como, suas repercussões na prevalência de cárie dentária em crianças de 12 anos de idade.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar as políticas públicas, programas e ações de acordo com enfoque dos campos de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento, reabilitação.
- Avaliar as mudanças no perfil epidemiológico da cárie dentária a partir da implementação das políticas e programas de saúde bucal no Peru.
- Comparar a prevalência de cárie dentária e as diferentes estratégias de fluoretação sistêmica implementadas no Brasil e no Peru.

4. PRODUTOS BIBLIOGRÁFICOS DA DISSERTAÇÃO

4.1 MANUSCRITO I

Manuscrito I: CARACTERIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS, PROGRAMAS E AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO PERU: enfoque em promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação.

Autores: Sally Sendy León Robles, Dra. Renita Baldo Moraes, Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug.

Revista: Revista Panamericana de Salud Pública.

Qualis CAPES: A2.

Fator de impacto: 2.

Objetivo da dissertação relacionado: Analisar e comparar as diferentes estratégias de fluoretação sistêmica implementadas no Brasil e no Peru, e avaliar sua eficácia na redução da prevalência de cárie dentária em ambos países.

CARACTERIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS, PROGRAMAS E AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO PERU: enfoque em promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação

RESUMO

Objetivo: Caracterizar as políticas públicas, programas e ações de acordo com os campos de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação oral no Peru. Método: trata-se de uma investigação documental e de revisão bibliográfica, realizada através da coleta de dados na base bibliográfica governamental do “Ministerio de salud” do Peru (MINSA), compreendendo o período de 1968 até 2024. A seleção baseou-se em combinações de descritores como “epidemiologia”, “salud bucal”, “política de salud” e “Perú”. Resultados: Os resultados revelam um compromisso crescente com a melhoria da saúde bucal da população, destacando programas como a fluoretação do sal e o fortalecimento da educação em saúde bucal em escolas. Além disso, foram identificadas iniciativas específicas para grupos vulneráveis, como gestantes, crianças e idosos, incluindo práticas de Restauração Atraumática (PRAT) e a provisão de próteses dentárias para idosos em situação de vulnerabilidade. Conclusões: Nas políticas públicas, programas e ações no Peru, os campos com maior ênfase têm sido a promoção de saúde e a prevenção de doenças bucais, enquanto a reabilitação oral tem recebido menor atenção. Portanto, no Peru, é essencial consolidar uma abordagem mais integral e equitativa que promova a melhoria da qualidade de vida de toda a população.

Palavras-chaves: Epidemiologia; saúde bucal; política de saúde; Peru.

4.2 MANUSCRITO II

Manuscrito II: CARACTERIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS, PROGRAMAS E AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO PERU: enfoque em promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação.

Autores: Sally Sendy León Robles, Dra. Renita Baldo Moraes, Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug

Revista: Revista Ciência & Saúde Coletiva.

Qualis CAPES: A1.

Fator de impacto: 1,7

Objetivo da dissertação relacionado: Caracterizar as políticas, programas e ações implementadas no Peru, utilizando uma abordagem analítica que abrange os diferentes campos da saúde oral.

ESTRATÉGIAS DE FLUORETAÇÃO SISTÊMICA E SUA EFICÁCIA NA PREVALÊNCIA DE CÁRIE DENTÁRIA: Um estudo para evidenciar aspectos do Brasil e do Peru

STRATEGIES FOR SYSTEMIC FLUORIDATION AND THEIR EFFECTIVENESS IN THE PREVALENCE OF DENTAL CARIES: A Study Highlighting Aspects of Brazil and Peru

ESTRATEGIAS DE FLUORACIÓN SISTÊMICA Y SU EFICACIA EN LA PREVALENCIA DE CARIES DENTALES: Un estudio para evidenciar aspectos de Brasil y Perú

RESUMO

Introdução: A cárie dentária é uma das doenças crônicas mais comuns no mundo e o uso sistêmico de fluoretos é uma das principais estratégias para prevenir e controlar doenças, ativando a remineralização e diminuindo a desmineralização. **Objetivo:** analisar e comparar as diferentes estratégias de fluoretação sistêmica implementadas no Brasil e no Peru, e avaliar sua eficácia na redução da prevalência de cárie dentária aos 12 anos de idade, em ambos os países. **Método:** trata-se de uma investigação do tipo documental e de revisão bibliográfica, com descritores de busca (fluoride OR fluorine OR fluor) AND ("dental caries" OR decay OR caries) AND ("Peru" OR "Brasil"). **Resultados:** O Brasil adota a fluoretação da água, e o Peru a fluoretação do sal. Observa-se uma tendência geral de diminuição da prevalência de cárie dentária e do índice CPOD aos 12 anos de idade, embora com ritmos e magnitudes diferentes. No Brasil, houve uma redução contínua do CPOD aos 12 anos de idade, atingindo 1,67 em 2023. No Peru, a situação inicial era crítica, mas houve melhorias entre 2012 e 2014, com um CPOD-12 de 3,45 e prevalência de cárie dentária de 57,6%.

Palavras chaves: Políticas públicas de saúde, saúde bucal coletiva, fluoreto, cárie dentária, Peru, Brasil.

ABSTRACT:

Introduction: Dental caries is one of the most common chronic diseases in the world, and the systemic use of fluorides is one of the main strategies to prevent and control the disease, enhancing remineralization and reducing demineralization. **Objective:** To analyze and compare the different

systemic fluoridation strategies implemented in Brazil and Peru and to evaluate their effectiveness in reducing the prevalence of dental caries at 12 years of age in both countries. Method: This is a documentary and bibliographic review investigation, with search descriptors (fluoride OR fluorine OR fluor) AND ("dental caries" OR decay OR caries) AND ("Peru" OR "Brasil"). Results: In Brazil, water fluoridation is adopted, and in Peru, salt fluoridation is used; the results indicate a general trend of decreasing the prevalence of dental caries and the DMFT index at 12 years of age in Brazil and Peru, although at different rates and magnitudes. In Brazil, there was a continuous reduction in the DMFT at 12 years of age, reaching 1,67 in 2023. In Peru, the initial situation was critical, but there were improvements between 2012 and 2014, with a DMFT-12 of 3,45 and a dental caries prevalence of 57,6%.

Keywords: Public health policies, collective oral health, fluoride, tooth decay, Peru, Brazil.

RESUMEN

Introducción: La caries dental es una de las enfermedades crónicas más comunes en el mundo, y el uso sistémico de fluoruros es una de las principales estrategias para prevenir y controlar esta enfermedad, activando la remineralización y disminuyendo la desmineralización. Objetivo: Analizar y comparar las diferentes estrategias de fluoración sistémica implementadas en Brasil y en Perú, y evaluar su eficacia en la reducción de la prevalencia de caries dental a los 12 años de edad en ambos países. Método: Se trata de una investigación de tipo documental y de revisión bibliográfica, con descriptores de búsqueda (fluoride OR fluorine OR fluor) AND ("dental caries" OR decay OR caries) AND ("Peru" OR "Brasil"). Resultados: Brasil adopta la fluoración del agua, mientras que Perú utiliza la fluoración de la sal. Se observa una tendencia general de disminución de la prevalencia de caries dental y del índice CPOD a los 12 años de edad, aunque con ritmos y magnitudes diferentes. En Brasil, hubo una reducción continua del CPOD a los 12 años de edad, alcanzando 1,67 en 2023. En Perú, la situación inicial era crítica, pero hubo mejoras entre 2012 y 2014, con un CPOD-12 de 3,45 y una prevalencia de caries dental del 57,6%.

Palabras clave: Políticas públicas de salud, caries dental, salud bucal colectiva, fluoruro, Perú, Brasil.

5 CONCLUSÕES GERAIS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1 CONCLUSÕES GERAIS

A fluoretação sistêmica tem se mostrado uma ferramenta essencial e eficaz na prevenção de cáries dentárias, contribuindo significativamente para a melhoria da saúde bucal em diversas populações, como no Brasil e no Peru, onde já foram observados resultados bastante positivos. No entanto, apesar dos avanços notáveis alcançados no campo da saúde bucal, ainda persiste o desafio de implementar essas políticas de maneira mais equitativa e abrangente, de forma que todos os segmentos da sociedade, especialmente aqueles em situação de vulnerabilidade, possam usufruir plenamente dos benefícios preventivos proporcionados pela fluoretação sistêmica. Essa equidade na aplicação das políticas é de suma importância, pois assegura que a melhoria na saúde bucal seja acessível a todas as pessoas, independentemente de suas condições econômicas, sociais ou regionais. Assim, ao ampliar o alcance e a acessibilidade dessas políticas, promove-se não apenas um impacto positivo na qualidade de vida individual, mas também um reflexo coletivo que abrange a saúde pública como um todo, criando sociedades mais saudáveis e conscientes da importância da prevenção e do cuidado bucal.

A integração dos serviços de saúde bucal em todos os níveis do sistema de saúde deve ser tratada como uma prioridade estratégica para melhorar a saúde pública de maneira global. Ao abordar a saúde bucal de forma integral, não apenas se promove uma redução significativa na incidência de doenças bucais, mas também se contribui para um bem-estar geral da população, refletindo positivamente na qualidade de vida dos indivíduos. Apesar dos avanços e dos esforços notáveis em medidas de promoção e prevenção, muitos desses programas carecem de continuidade e de uma visão integral que incentive estilos de vida saudáveis de maneira sustentável. Além disso, os programas de tratamento frequentemente têm como foco grupos prioritários, o que acaba deixando parcelas da sociedade desassistidas. Por outro lado, a reabilitação oral, que por muito tempo foi negligenciada, passou a receber maior atenção por meio de iniciativas específicas. No entanto, essas ações ainda enfrentam o desafio de se expandir e se tornar mais inclusivas, especialmente em áreas de pobreza e extrema pobreza, onde a demanda por serviços de saúde bucal de qualidade continua alta. Uma abordagem mais equitativa e eficaz seria capaz de suprir essa lacuna, promovendo uma transformação no acesso aos cuidados bucais e no impacto positivo sobre as populações mais vulneráveis.

5.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para ambos os países, é fundamental intensificar as ações em saúde e garantir que as populações em risco de cáries recebam os benefícios das políticas de fluoretação. Além disso, é crucial implementar estratégias complementares que reforcem essa abordagem, como o fortalecimento e a ampliação da rede de saúde pública, de modo a assegurar que serviços odontológicos de qualidade cheguem a todos os segmentos da população.

Outra medida vital é expandir a cobertura da fluoretação, estendendo-a para regiões mais remotas e carentes, onde a população tende a ser mais vulnerável e o acesso a cuidados preventivos é limitado. Tais esforços são indispensáveis para que essas políticas continuem a gerar um impacto positivo e duradouro na saúde bucal da população, contribuindo para o bem-estar geral e para uma melhor qualidade de vida.

É de vital importância implementar um sistema contínuo e rigoroso de monitoramento e avaliação das políticas estabelecidas. Esse sistema não apenas deve facilitar a identificação de áreas de melhoria, mas também permitir a realização de ajustes oportunos e precisos para maximizar os resultados em saúde pública. Ao melhorar a efetividade das intervenções, garante-se uma maior adaptabilidade às necessidades cambiantes da população, alcançando assim uma resposta mais ágil e eficiente diante de qualquer eventualidade ou mudança no contexto socio-sanitário.

6 PERSPECTIVAS FUTURAS

Uma abordagem inicial para esse projeto poderia centrar-se no desenvolvimento de um terceiro manuscrito que examine de forma abrangente os âmbitos político, social e histórico. Esse manuscrito teria como objetivo não apenas documentar os eventos e transformações nesses âmbitos, mas também aprofundar-se nas políticas adotadas e suas implicações ao longo das diferentes épocas.

Durante o doutorado se pode dar a continuidade da investigação sobre a presente pesquisa, que abre um amplo leque de possibilidades para aprofundar o entendimento das estratégias existentes, identificar lacunas e propor melhorias direcionadas à redução da prevalência de cárie dentária. Primeiramente, estudos futuros poderiam explorar a efetividade das políticas de saúde bucal em diferentes regiões do país, considerando as desigualdades geográficas e socioeconômicas que influenciam o acesso e a qualidade dos serviços oferecidos. Uma abordagem comparativa entre áreas urbanas e rurais permitiria uma análise mais detalhada das disparidades no alcance das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação oral.

Outra perspectiva relevante seria investigar a percepção da população sobre os programas e serviços de saúde bucal disponíveis. Compreender como os usuários avaliam a acessibilidade, a qualidade e os resultados desses serviços pode fornecer informações valiosas para reformular políticas públicas e alinhar as intervenções às necessidades reais da comunidade. Além disso, o envolvimento de profissionais de saúde bucal no processo de planejamento e execução das políticas merece atenção, pois sua participação ativa pode contribuir para uma implementação mais eficaz e sustentável.

Também seria pertinente explorar a integração entre políticas de saúde bucal e outras iniciativas de promoção da saúde, como programas voltados para a nutrição, a saúde infantil e a prevenção de doenças crônicas. Estudos interdisciplinares poderiam avaliar os impactos de abordagens integradas na melhoria da saúde bucal e geral da população.

Por fim, também poderia explorar o uso de tecnologias digitais e inteligência artificial para aprimorar a gestão e a implementação das políticas públicas de saúde bucal no Peru. Investigações nessa área poderiam incluir o desenvolvimento de ferramentas para monitoramento e avaliação de programas, além de soluções tecnológicas para ampliar o acesso aos serviços odontológicos em áreas remotas.

7. NOTA À IMPRENSA

Entre os anos de 2023 e 2024, a mestranda Sally Sendy León Robles, elaborou sua dissertação intitulada “POLÍTICAS PÚBLICAS, PROGRAMAS E AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO PERÚ: Um estudo sobre as repercussões na prevalência da cárie dentária”. Esse trabalho foi desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado e Doutorado da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), destacando-se pela abordagem inovadora e interdisciplinar sobre as políticas públicas e ações de saúde bucal no Peru. Sob a orientação da Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug e coorientação da Dra. Renita Baldo Moraes.

A Política Nacional de Saúde Bucal estabelece diretrizes para a promoção da saúde bucal, prevenção de doenças e tratamento odontológico. Dentro desse contexto, os Programas de Prevenção desempenham um papel crucial, sendo frequentemente implementados em escolas e comunidades como uma forma de educar as pessoas sobre a importância de manter uma boa higiene bucal. Essas iniciativas geralmente incluem a presença de dentistas, que realizam visitas regulares, além de oferecerem palestras educativas e conduzirem atividades práticas para ensinar métodos eficazes de escovação e a forma correta de utilização do fio dental. Paralelamente, as Ações de Saúde Bucal buscam ampliar de maneira significativa o acesso da população a serviços odontológicos, assegurando que mais pessoas possam usufruir de atendimentos de qualidade, contribuindo assim para uma sociedade mais saudável e consciente da importância de cuidados preventivos.

As repercussões na prevalência da cárie dentária têm sido notáveis, apresentando resultados positivos em sua redução ao longo dos anos. A educação contínua desempenha um papel fundamental, capacitando indivíduos e comunidades a entenderem os benefícios de manter hábitos regulares de higiene bucal. Esses esforços educativos promovem mudanças comportamentais duradouras, ajudando a estabelecer uma cultura de prevenção. Paralelamente, a ampliação dos serviços odontológicos tem permitido que um maior número de pessoas receba atendimento especializado e tratamento precoce, resultando em melhores práticas de higiene e, conseqüentemente, menos casos de cárie.

No Peru, a estratégia nacional de prevenção da cárie dentária é baseada na adição de flúor ao sal de consumo, uma medida de saúde pública especialmente focada na redução da incidência de cáries em comunidades rurais e de baixa renda. Essa escolha é estratégica, dado que muitas dessas populações têm acesso limitado a serviços odontológicos regulares. O flúor adicionado ao sal

representa uma solução prática e acessível, já que o sal é um item essencial com ampla distribuição e consumo em diferentes regiões do país. Essa abordagem permite que o flúor chegue a uma ampla população, oferecendo um benefício preventivo contra a cárie dentária de forma eficiente. No Brasil, por outro lado, a principal estratégia adotada foi a fluoretação da água potável, um método que possibilita o acesso equitativo e contínuo ao flúor por meio de um recurso básico consumido diariamente pela maior parte da população. Essa medida tem o potencial de alcançar grandes populações de forma uniforme, contribuindo significativamente para a prevenção de cáries dentárias em diferentes contextos socioeconômicos. Ambas as abordagens, ainda que diferentes, têm como objetivo comum a melhoria da saúde bucal das populações, adaptando-se às particularidades de cada país.

O presente estudo representa um marco na pesquisa acadêmica sobre saúde bucal no Peru. Apesar dos avanços na odontologia e nas políticas públicas de saúde, até o momento, não há registros de estudos que investiguem de forma abrangente a influência das estratégias governamentais na saúde bucal na população peruana. Os resultados desta pesquisa podem oferecer insights valiosos para gestores públicos, profissionais de saúde e pesquisadores, permitindo uma avaliação mais precisa da eficácia das iniciativas existentes e orientando futuras intervenções para aprimorar a prevenção e o tratamento da cárie dentária. Ao trazer uma abordagem inédita, esta tese se pode destacar como uma referência fundamental para futuras pesquisas e para a formulação de políticas públicas mais focadas nas necessidades da população peruana.

8 RELATÓRIO DE CAMPO

Contexto Acadêmico e Mobilidade

Em 2023, obtive uma bolsa de estudos integral para realizar meu mestrado no programa de pós-graduação em Promoção da Saúde na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Brasil. A modalidade do programa foi oferecida de forma síncrona e assíncrona, o que possibilitou que eu residisse no Peru enquanto acompanhava as atividades acadêmicas. Durante esse período, enfrentei desafios e adaptações, mas o formato flexível e o suporte institucional permitiram o pleno envolvimento nas atividades propostas. Em setembro de 2023, estava previsto apresentar meu projeto de pesquisa presencialmente, o que me levou a viajar para Santa Cruz do Sul no Brasil, cujo título foi “Caracterização de assistência odontológica e satisfação de pacientes e cirurgiões dentistas: um estudo em um estabelecimento de saúde de primeiro nível de atenção no Peru”. No entanto, devido a questões burocráticas relacionadas à aprovação em comitê de ética em pesquisa inviabilizaram a execução do projeto no formato originalmente planejado. Diante dessa situação, fui orientada a reformular meu tema de pesquisa, considerando a importância de respeitar os trâmites éticos e assegurar a viabilidade do estudo dentro dos prazos estabelecidos. Em dezembro de 2023, o tema foi alterado para “Políticas públicas, programas e ações de saúde bucal no Peru: um estudo sobre as repercussões na prevalência da cárie dentária”. Essa reformulação permitiu ampliar o escopo do estudo, abordando questões relevantes no campo da saúde pública e trazendo uma perspectiva mais abrangente sobre os impactos das políticas de saúde bucal no Peru.

Tema Reformulado: POLÍTICAS PÚBLICAS, PROGRAMAS E AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO PERU: um estudo sobre as repercussões na prevalência da cárie dentária.

Durante o desenvolvimento da presente pesquisa, a trajetória na coleta de dados envolveu um processo dinâmico e multifacetado, exigindo uma abordagem estratégica e a combinação de diversas fontes de informação. Desde o início, a busca por artigos acadêmicos e documentos oficiais relacionados às políticas públicas de saúde bucal no Peru se mostrou desafiadora, principalmente devido à ausência de estudos específicos sobre o impacto dessas políticas no controle da cárie dentária. Essa lacuna na literatura demandou um esforço significativo para identificar fontes relevantes e compreender a evolução das estratégias governamentais na área.

No entanto, à medida que a pesquisa avançava, foi possível localizar documentos mais relevantes por meio de uma pesquisa aprofundada, facilitando a obtenção de fontes mais alinhadas

ao tema da investigação. O processo de análise foi desafiador, dado o caráter multifacetado dos dados, que englobavam aspectos de políticas públicas, saúde coletiva e odontologia, além das limitações de tempo e recursos. Para contornar essas dificuldades, foi necessária uma extensa revisão bibliográfica em bases de dados nacionais e internacionais.

Apesar dos desafios enfrentados, a reformulação do tema de pesquisa abriu novas oportunidades para uma contribuição acadêmica significativa, trazendo à tona questões fundamentais relacionadas à saúde bucal no Peru. Ao aprofundar o debate sobre esse tema, é possível destacar disparidades no acesso a serviços odontológicos, a influência de políticas públicas na prevenção de doenças e a necessidade de estratégias eficazes para melhorar a qualidade da saúde bucal da população.

Este relatório não se limita a ser um registro acadêmico, reflete uma experiência pessoal profunda, repleta de desafios, resiliência e aprendizado contínuo. Desde os primeiros passos na pesquisa até a análise das políticas de saúde pública no Peru. Entretanto, foi justamente essa imersão nos desafios reais da saúde pública que possibilitou um amadurecimento acadêmico e pessoal profundo, reforçando minha convicção de que a pesquisa não deve se limitar à teoria, mas sim servir como um instrumento de transformação.

Ao longo dessa jornada pela promoção da saúde pública, tive a oportunidade de vivenciar momentos significativos que não apenas ampliaram meu entendimento teórico, mas também me proporcionaram uma maior compreensão das questões práticas que envolvem o campo da saúde pública. Cada etapa deste processo contribuiu para o meu crescimento, não só como estudante, mas também como cidadã comprometida com a transformação social por meio da sociedade.

Mais do que um aprendizado técnico, esta pesquisa representa um despertar para a responsabilidade social que cada cidadão carrega consigo. Através dela, reafirmei minha crença na importância do conhecimento como ferramenta de mudança, e na necessidade de promover debates e iniciativas que contribuam para um sistema de saúde mais acessível e eficiente. Com isso, este trabalho não é apenas um registro acadêmico, é uma expressão do desejo de transformar realidades e contribuir para um futuro mais justo e saudável para todos.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR, V. L. Estudio introductorio. La hechura de las políticas. México, p.15- 76, 1996.
- ALCALDE, R. J. et al. Sistema de salud en el Perú: situación actual, desafíos y perspectivas. *Rev Int Salud Materno Fetal*, v. 4, n. 3, p. 8-18, 2019.
- AQUINO, C. et al. Perfil clínico epidemiológico de salud oral en comunidades nativas peruanas. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, v. 18, n. 6, p. 907-919, 2019.
- BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade, São Paulo*, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.
- BHANDARI, B.; NEWTON J. T.; BERNABE E. Social inequalities in adult oral health in 40 low- and middle-income countries. *Int Dent J*, v. 66, n. 5, p. 295-303, 2016.
- CABALLERO, C.; GIMÉNEZ, C.; FLORES, F. Política pública nacional de salud bucodental del Paraguay 2009-2018. *Univ Odontol*, v. 38, n. 80, p.1-30, 2019.
- CALDUCH, R. *Dinámica de la Sociedad Internacional*. Edit. CEURA. Madrid, 1993.
- CARRER, F. *Observatorio Iberoamericano de políticas públicas en salud bucal*, 2018.
- CARTES, R. Salud bucal en Chile, situación actual y desafíos futuros. *Odontol Sanmarquina*, v. 23, n. 2, p. 189-96, 2020.
- CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: fundação oswaldo cruz. *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- CAYETANO, M. Política nacional de saúde bucal brasileira (Brasil Sorridente): Um resgate da história, aprendizados e futuro. *Univ. Odontol*, v. 38, n. 80, p.1-23, 2019.
- ELIO, C. D. Los modelos biomédico y biopsicosocial en medicina. *Rev. Méd. La Paz, La Paz*, v. 29, n. 2, p. 112-117, 2023.
- ESPINOZA, E.; PACHAS, F. Programa preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. *Revista Estomatológica Herediana*, v. 23, n. 2, p. 101-108, 2013.
- FDI. Proporcionar una salud bucodental óptima para todos. 2021. Disponível em: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2021-04/vision-2030-esp_0.pdf. Acesso em: 22 dez 2023.
- FDI. El desafío de las enfermedades bucodentales una llamada a la acción global. 2da edición. Ginebra: Federación Dental Internacional (FDI); 2015. Disponível em: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2021-03/book_spreads_oh2_spanish.pdf. Acesso em: 25 dez 2023.
- FDI World Dental Federation. FDI's definition of oral health [Internet]. Disponível em: <https://www.fdiworlddental.org/fdis-definition-oral-health>. Acesso em: 25 dez 2023.
- GONZÁLEZ, M. La salud bucal en la República Argentina. Análisis del sector. *Univ Odontol*, v. 38, n. 80, p. 7-9, 2019.

- HECLO, H. Review Article: Policy Analysis en British. Journal of Political Science, n. 2, p. 83-108, 1974.
- JAMES, S. L. et al. 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, 2019.
- KRUK, M. E. et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. The Lancet. Global health, v. 6, n. 11, p. 196-252, 2018.
- LALONDE, M.A. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare; 1974.
- LEÓN, J. et al. Planes, políticas públicas y estrategias de salud bucal en Latinoamérica y el Caribe (1991-2018). Rev cubana Estomatol, v. 58, n. 2, p. 1-14, 2021.
- LIM, M. A. W. T., Liberali, S. A. C., Borromeo, G. L. Utilisation of dental services for people with special health care needs in Australia. BMC Oral Health, v. 20, n. 1, p. 1-9, 2020.
- LÓPEZ, M. Salud Pública. Editorial Mac Graw Hill, México. 2003.
- LORENZO, E. S.; Álvarez R. Relevamiento nacional de salud bucal de jóvenes y adultos uruguayos 2011. Universidad República de Uruguay Facultad de Odontología. Servicio de Epidemiología y Estadística, Cátedra de Odontología Social. Uruguay, 2018.
- MARTINS, S. et al. Relatorios de la mesa de representantes de sociedades de odontopediatría de los países latinoamericanos. Rev. odontopediatr. Latinoam, v. 4, n. 2, p. 45-49, 2014.
- MASSON, M.; SIMANCAS, D.; VITERI, A. Salud oral en el Ecuador. Perspectiva desde la salud pública y la bioética. Práctica Fam Rural, v. 4, n. 3, p. 24-7, 2019.
- MINSA. Salud bucal Oficina General de Epidemiología. Lima: 2024. Disponible em: <https://www.gob.pe/22222-que-es-la-salud-bucal>
- MINSA. Resolución Ministerial n° 306- 2020-MINSA. Lima: 20 de mayo del 2020.
- MINSA. Resolución Ministerial n° 546- 2011-MINSA. Lima: 13 de julio del 2011.
- MINSA. Resolución Ministerial n° 769- 2024-MINSA. Lima: 26 de julio del 2004.
- MINSA. Plan Nacional de Atención Integral para la Rehabilitación Oral en Personas Adultas Mayores “Perú Sonríe” 2019- 2022”. Lima: MINSA; 2019. Acceso em 16 de fev de 2024.
- MINSALUD. ABECÉ Sobre el IV Estudio Nacional de Salud Bucal para saber cómo estamos y saber qué hacemos, 2014. Disponible em: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>
- MINSAL. Encuesta nacional de salud 2016-2017. 2017. Disponible em: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf.

MORALES, A. et al. Sinopsis de la Situación de Salud Oral en Chile - Parte II: Diagnósticos Poblacionales de Salud Oral. *International journal of interdisciplinary dentistry*, v. 13, n. 2, p. 88-94, 2020.

NARVAI, P. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 381-92, 2000.

ONU. Declaración política de la reunión de alto nivel de la asamblea general sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. 2011. Report No.: A/66/L.1. Disponible em: https://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/spain_annex27_political_declaration.pdf.

ONU. Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal. Report No.: 74/2. 2020. Disponible em: <https://undocs.org/pdf?symbol=es/A/RES/74/2>.

OPS. Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE). OPS. N.W. Washington, 2011. Disponible em: <https://www3.paho.org/col/dmdocuments/MOPECE2.pdf>

OPS. Boletín Informativo. Representación Ecuador. 2011. Disponible em: <https://www3.paho.org/ecu/dmdocuments/comunicacion-social/revista29M1.pdf>

OPS. Encuesta Nacional Sobre Salud Oral Paraguay. 2008. Disponible em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH-PAR2008.pdf>.

OTÁLVARO, G. et al. Políticas de salud bucal en Colombia. Tendencias y puntos críticos para la garantía del derecho a la salud. *Universitas Odontológica*, v. 38, n. 80, p. 1-47, 2019.

PAIVA, S. M. et al. Dental caries experience and its impact on quality of life in Latin American and Caribbean countries. *Brazilian oral research*, v. 35, n. 1, p. 1-15, 2021.

PARISE, J.M. et al. Estado de la salud bucal en el Ecuador. *Odontología Sanmarquina*, v. 23, n. 3, p. 327-331, 2020.

PERES, M. A. et al. Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*, v. 394, n. 10194, p. 249-60, 2019.

PETERSEN, P. E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 31, n. 1, p. 3-24, 2003.

PITTS, N. B. Management of dental caries through modern approaches. *Journal of Dental Research*, v. 99, n. 5, p. 123-130, 2020.

RABOTNIKOF, N. Lo público y sus problemas: notas para una reconsideración. En *Revista Internacional de Filosofía Política*, Nº 2. Madrid, 1993.

REMUZGO, H. M.; REMUZGO, H. S. Gestión de políticas públicas de salud bucal desde la perspectiva de los operadores y gestores locales en Ate-Vitarte y Santa Anita, 2017. *Horiz. Med*, 22(3). v. 22, n. 3, 2022.

RIVAS J, HUERTA L. Fluorosis dental: metabolismo, distribución y absorción del fluoruro. *Revista ADM*, v. 62, n. 6, p. 225-9, 2005.

ROMERO, Y. La salud bucal en el marco de la crisis venezolana. *Odontología Sanmarquina*, v. 23, n. 1, p. 83-92, 2020.

SPIGER, V.; SILVA, R. M. Bucalidade enquanto alternativa decolonial: revisão integrativa e análise crítico-reflexiva. *Saude soc*, v. 33, n. 4, 2024.

SCHENKEIN, H. A. Inheritance as a determinant susceptibility for periodontitis. *J Dent Education*. v. 62, p. 840-51, 1998.

SCHIFFNER, U. Use of fluorides for caries prevention. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, v. 64, n. 7, p. 830-837, 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Saúde bucal. Minas Gerais, SES-MG; 2023. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/1963-saude-bucal-2023>.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal: crescendo e vivendo com saúde bucal. São Paulo, 2009.

SPENCER, L.J. et al. 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*, v. 392, n. 10159, p. 1789-858, 2019.

SOLAR, O.; IRWIN, A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. WHO World Health Organization, Geneva, 2010. Disponível em: https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf

SPEZZIA, S. Uma análise das políticas públicas voltadas para os serviços de saúde bucal no Brasil, 2014.

TENUTA, L. M. A.; CURY, J. A. Fluoride: Its role in dentistry. *Braz Oral Res*, v. 24, n. 1, p. 9-17, 2010.

U.S. HHS. Oral Health in America. A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: US. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health; 2002. Disponível em: <http://www.odontologiapreventiva.com/atención/america.htm>

VINCEZI, A.; TUDESCO, F. La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. *Rev. Iberoam Educ*, v. 49, n. 7, p. 1-12, 2009.

WHELTON, H.; SPENCER, A.; DO, L. Fluoride Revolution and Dental Caries: Evolution of Policies for Global Use. *Journal of Dental Research*, v. 98, n. 8, p. 837-846, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Fact Sheets by Population. 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Disponível em: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx.

World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. [Internet] Ginebra: WHO; 2022.

ANEXO

ANEXO A: Normas da revista para submissão manuscrito I



Revista Panamericana de Salud Pública
Pan American Journal of Public Health



Instruções aos autores e diretrizes para apresentação de manuscritos

1. INFORMAÇÃO GERAL

- 1.1 Objetivos e público-alvo
- 1.2 Conteúdo
 - 1.2.1 Artigos de pesquisa original
 - 1.2.2 Revisões
 - 1.2.3 Relatórios especiais
 - 1.2.4 Opinião e análise
 - 1.2.5 Comunicações breves
 - 1.2.6 Temas atuais
 - 1.2.7 Cartas ao editor
- 1.3 Idioma
- 1.4 Diretrizes e protocolos de pesquisa
- 1.5 Ética
- 1.6 Conflito de interesses
- 1.7 Direitos autorais
- 1.8 Processo de revisão por pares
- 1.9 Disseminação

2. DIRETRIZES PARA A APRESENTAÇÃO DE MANUSCRITOS

- 2.1 Critérios gerais para a aceitação de manuscritos
- 2.2 Especificações para os manuscritos
- 2.3 Requisitos para formatação
- 2.4 Título
- 2.5 Autoria
- 2.6 Página de resumo e palavras-chave
- 2.7 Corpo do artigo
- 2.8 Tabelas e figuras
- 2.9 Apresentação do manuscrito
- 2.10 Correção do manuscrito

1 INFORMAÇÃO GERAL

1.1 Objetivos e leitores

A Revista Pan-Americana de Saúde Pública/Pan American Journal of Public Health (RPSP/PAJPH) é uma revista científica gratuita, de acesso aberto, revisada por pares. É a publicação técnica e científica oficial da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) cuja Sede está localizada em Washington, D.C., Estados Unidos da América.

Sua missão consiste em servir como um importante veículo de disseminação de informação científica em saúde pública de relevância internacional, principalmente em áreas relacionadas com a missão essencial da OPAS de fortalecer os sistemas de nacionais e locais de saúde, bem como melhorar a saúde dos povos da Região das Américas.

Para isso, a RPSP/PAJPH publica materiais que refletem os principais objetivos estratégicos e as áreas programáticas da OPAS: saúde e desenvolvimento humano, promoção e proteção da saúde, prevenção e controle de doenças transmissíveis e crônicas, saúde materno-infantil, gênero e saúde da mulher, saúde mental, violência, nutrição, saúde ambiental, administração de desastres, desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, determinantes sociais de saúde, e equidade em saúde.

O objetivo da RPSP/PAJPH é fechar a lacuna existente entre os responsáveis pela formulação de políticas e pesquisadores, profissionais da saúde e médicos.

1.1.2 Conteúdo

A RPSP/PAJPH considera as seguintes contribuições: artigos baseados em pesquisa original, revisões, relatos especiais, opiniões e análises, comunicações breves, temas atuais, e cartas ao editor. Encontra-se a seguir uma breve descrição das características específicas de cada tipo de contribuição e na seção 2 estão indicadas as especificações de formatação para cada tipo de manuscrito.

Em geral, as seguintes contribuições não serão consideradas para publicação: relatos de casos clínicos, relatos episódicos de intervenções específicas, relatórios sobre estudos individuais propostos para publicação em série, revisões bibliográficas não críticas e descritivas, manuscritos com significativa sobreposição ou que apresentem diferenças mínimas de resultados de pesquisa anteriores e reimpressões ou traduções de artigos já publicados em outros periódicos — seja de maneira impressa ou eletrônica. Exceções à estas regras gerais serão avaliadas e poderá haver uma determinação diferente para cada caso.

1.2.1 Artigos de pesquisa original

Os relatos de pesquisa original se centram em estudos substanciais nos temas de saúde pública de interesse da Região das Américas. A pesquisa experimental ou de observação deve seguir o formato IMRAD (do acrônimo em inglês de Introdução, Materiais e Métodos, Resultados e Discussão).

1.2.2 Revisões

Revisões sistemáticas de prioridades e intervenções relevantes em saúde pública também serão consideradas.

1.2.3 Relatos especiais

Estes são relatos sobre pesquisa, estudos ou projetos relevantes para a Região das Américas.

1.2.4 Opinião e análise

Documentos de opiniões oficiais, reflexões e análises podem ser apresentados nos temas de interesse para o campo da saúde pública.

1.2.5 Comunicações breves

As comunicações breves descrevem técnicas ou metodologias inovadoras ou promissoras, ou detalham os resultados preliminares de pesquisa sobre temas de especial interesse para a saúde pública.

1.2.6 Temas atuais

Estes incluem análise de iniciativas, intervenções em saúde e/ou tendências epidemiológicas atuais, tanto nacionais quanto regionais, relacionadas a doenças e aos principais problemas de saúde nas Américas.

1.2.7 Cartas ao editor

Esclarecimentos, pontos de discussão, ou outras observações sobre o conteúdo apresentado na RPSP/PAJPH são bem-vindos. Cartas com comentários sobre temas específicos em saúde pública também serão consideradas.

1.3 Idioma

Os manuscritos são recebidos em inglês, português ou espanhol. **Recomenda-se firmemente que os autores os escrevam em sua língua materna.** O domínio inadequado de um segundo idioma pode tornar confuso o significado do texto e, frequentemente, não condiz com a precisão científica que requerem os artigos de pesquisa de alta qualidade.

Nomes formais de instituições, seja nos textos como na afiliação dos autores, não devem ser traduzidos, a menos que exista uma tradução oficialmente aceita. Ademais, os títulos nas referências bibliográficas devem ser mantidos em seu idioma original.

1.4 Diretrizes e protocolos de pesquisa

A RPSP/PAJPH segue os [Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas](#), criado e atualizado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE, sigla em inglês), e está listada entre os periódicos que seguem esses requisitos. Essas diretrizes incluem considerações éticas, autoria e colaboração, avaliação por pares, conflitos de interesses, privacidade e confidencialidade, proteção de seres humanos e animais, assim como questões editoriais e de publicação, como publicidade, publicações superpostas, referências e registro de ensaios clínicos. Consulte abaixo uma descrição detalhada de cada uma dessas diretrizes.

A RPSP/PAJPH espera que os autores sigam os melhores protocolos de pesquisa disponíveis. Os protocolos de pesquisa são descritos no [Centro de Recursos da Rede EQUATOR](#). A Biblioteca Nacional de Medicina (*National Library of Medicine*) dos Estados Unidos atualiza e publica uma lista completa das principais [diretrizes para a apresentação de relatos em pesquisa biomédica](#). Além disso, na [Seção de Recursos para Autores](#) da RPSP/PAJPH estão descritas as diretrizes e boas práticas adicionais para pesquisa e redação científica.

Com base nas [recomendações](#) da OMS e do ICMJE, a RPSP/PAJPH exige que os ensaios clínicos sejam inscritos em um registro público de ensaios como condição para ser considerados para publicação. O número de inscrição do ensaio clínico deve ser publicado ao final do resumo com um link ao registro correspondente. A RPSP/PAJPH não estipula uma base de registro em particular, mas recomenda aos autores que inscrevam os ensaios clínicos em um dos registros certificados pela OMS e pelo ICMJE, disponíveis na [Plataforma de Registro de Ensaios Clínicos Internacional](#).

1.5 Ética

A RPSP/PAJPH se compromete com os princípios éticos mais estritos para a condução de pesquisas, conforme previsto pela [Declaração de Helsinque, 2013 \(Espanhol\)](#) e las [International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans](#) de CIOMS. Quando se relata pesquisa realizada com seres humanos os autores devem incluir informações sobre os comitês de ética que aprovaram o estudo antes de seu início. Os estudos devem ser aprovados no país onde foram conduzidos. Se um estudo for considerado isento de revisão dos aspectos éticos, os autores devem fornecer a documentação para tal isenção.

1.6 Conflito de interesses

Os autores devem revelar todas as informações sobre qualquer subvenção ou subsídio para cobrir os custos de pesquisa recebidos de entidades comerciais ou privadas, organização nacional ou internacional, ou organismo de apoio à pesquisa. Estas declarações ajudam o leitor a melhor compreender a relação entre os autores e as diversas entidades comerciais que tenham interesse na informação revelada no artigo publicado.

A RPSP/PAJPH adere às recomendações do ICMJE para a divulgação de conflitos de interesses. O ICMJE solicita aos autores que informem os quatro seguintes tipos de informação:

1. Associações com entidades comerciais que prestaram apoio ao trabalho informado no manuscrito apresentado;
2. Associações com entidades comerciais que poderiam ter interesse no manuscrito apresentado;
3. Associações financeiras que envolvam familiares; e
4. Outras associações relevantes não financeiras.

Os autores são os únicos responsáveis pelos critérios expressos em seus textos, que não necessariamente refletem a opinião ou a política da RPSP/PAJPH. A menção de empresas específicas ou produtos de certos fabricantes não implica que sejam respaldados ou recomendados em preferência a outros de natureza semelhante. Sempre que possível, devem ser utilizados nomes genéricos para medicamentos ou produtos.

1.7 Direitos autorais

Como condição para publicação, a RPSP/PAJPH exige que os autores forneçam informação indicando que o texto, ou qualquer contribuição similar, não tenha sido anteriormente publicado em formato impresso ou eletrônico, e que não esteja sendo simultaneamente apresentado a qualquer outro periódico, até que a RPSP/PAJPH chegue a uma decisão com respeito a sua publicação. Qualquer indicação de possível publicação prévia em qualquer outro formato deve ser informado por ocasião da submissão do manuscrito e deve incluir cópia ou link da publicação. Os autores são exclusivamente responsáveis por obter a permissão para reproduzir qualquer material protegido por direitos autorais contido no manuscrito submetido. O manuscrito deve ser acompanhado de uma carta original concedendo, explicitamente, tal permissão em cada caso. As cartas devem especificar exatamente as tabelas, figuras ou o texto que estão sendo citados e a maneira em que serão utilizados, juntamente com uma referência bibliográfica completa da fonte original.

No caso de documentos contendo traduções de material citado, ao apresentar o manuscrito é preciso identificar e incluir claramente um link ou cópia daquele texto no idioma original.

Os artigos da Revista são de acesso aberto e são distribuídos sob os termos da Licença [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 IGO License](#), que permite o uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado. Não são permitidas modificações ou uso comercial dos artigos. Em qualquer reprodução do artigo, não deve haver nenhuma sugestão de que a OPAS ou o artigo avaliem qualquer organização ou produtos específicos. Não é permitido o uso do logotipo da OPAS.

1.8 Processo de avaliação por pares

Os manuscritos são submetidos à seleção por meio de um processo formal de revisão por pares. Inicialmente, um manuscrito que satisfaça os requisitos gerais de apresentação e cumpra com o alcance temático da RPSP/PAJPH será revisado pelos Editores Associados para determinar se existe validade científica e relevância para os leitores da Revista. Se este for o caso, o artigo será enviado para pelo menos três diferentes revisores que realizam a avaliação por pares na modalidade duplo cego. Ao receber todas as revisões solicitadas, os Editores Associados prepararão uma recomendação ao Editor-Chefe para: (a) rejeitar o manuscrito; (b) aceitar condicionalmente o manuscrito (seja com observações mínimas ou importantes); ou (c) aceitar o manuscrito sem alterações.

No caso de aceitação condicional, será solicitado aos autores que revisem o manuscrito para abordar as questões e recomendações dos pareceristas, ou para fornecer, alternativamente, uma justificativa detalhada das razões pelas quais estão em desacordo com tais observações. O manuscrito é novamente revisado pelos Editores Associados, assim como, em alguns casos, por novos pareceristas. Note que o texto poderá ser submetido a tantas revisões quanto forem necessárias, assegurando que os autores tenham abordado adequadamente todas as questões suscitadas.

O Editor-Chefe toma a decisão final sobre a aceitação ou rejeição de manuscritos. Todas as decisões são comunicadas por escrito ao autor correspondente.

O tempo necessário para processar um manuscrito varia, dependendo da complexidade da matéria e da disponibilidade dos pareceristas adequados.

Os documentos aceitos estão sujeitos à revisão editorial. Vide seção 2.10, "Correção do manuscrito", para maiores informações.

1.9 Disseminação

A RPSP/PAJPH é publicada em formato eletrônico no [website da Revista](#). Ademais, está indexada nas principais bases de dados bibliográficas.

A RPSP/PAJPH deposita uma versão completa dos manuscritos aceitos para publicação em formato eletrônico no Repositório Institucional da OPAS para Intercâmbio de Informações, na coleção Saúde Pública SciELO, PubMed e em outras bases de dados científicas relevantes. Os usuários podem se registrar no [website da Revista](#) para receber o índice dos artigos publicados.

Os links contidos nos metadados das base de dados levam diretamente ao texto completo dos artigos publicados.

Os manuscritos da Revista também são disseminados através de uma lista de e-mails e da [conta de Twitter da Revista](#).

2 DIRETRIZES PARA A APRESENTAÇÃO DE MANUSCRITOS

2.1 Critérios gerais para a aceitação de manuscritos

A seleção do material para publicação na RPSP/PAJPH se baseia nos seguintes critérios:

- Adequação quanto ao alcance temático da Revista;
- Validade científica, originalidade, relevância e atualidade da informação;
- Aplicabilidade fora de seu lugar de origem e na Região das Américas como um todo;
- Cumprimento das normas da ética médica que rege a pesquisa conduzida com seres humanos e animais;
- Cumprimento de protocolos específicos para a apresentação de informação de pesquisa;
- Coerência entre o projeto e a metodologia de pesquisa;
- Necessidade de atingir um certo equilíbrio na cobertura temática e geográfica.

Os manuscritos devem cumprir com as especificações delineadas nessas Instruções e Diretrizes para serem aceitos. Os autores devem ler cuidadosamente todas as seções antes de apresentar os documentos no sistema on-line, para assegurar que o documento satisfaça as condições para publicação.

Os manuscritos que não seguem o formato padrão da RPSP/PAJPH serão devolvidos aos autores imediatamente. O periódico pode, também, negar a publicação de qualquer manuscrito cujos autores não respondam satisfatoriamente ao questionamento editorial.

O Editor-Chefe tomará a decisão final de aceite ou não do manuscrito com base nas recomendações decorrentes do processo de avaliação por pares, descrito na seção 1.8.

2.2 Especificações para os manuscritos

Os manuscritos devem ser redigidos em software de processamento de texto em espaço duplo, em uma coluna, na fonte Times New Roman ou Arial, tamanho 12 pontos.

Para figuras e tabelas, deve-se usar o Microsoft Excel®, Power Point® ou outro software de gráficos. As figuras podem aparecer coloridas ou em preto e branco, e eles devem ser apresentados em um formato editável.

Uma vez que artigos sejam aceitos para publicação, é possível que seja solicitado aos autores que enviem figuras e tabelas em formatos mais claros e legíveis.

2.3 Requisitos para formatação

A formatação geral para as diversas seções da RPSP/PAJPH é a seguinte:

Seção	Número máximo de palavras¹	Número máximo de referências	Número máximo de tabelas, figuras²
Artigo original	3 500	35	5
Revisão	3 500	50	5
Artigo especial	3 500	35	5
Comunicação breve	2 500	10	2
Opinião e análise	2 500	20	2
Tema de atualidade	2 000	20	2
Carta ao editor	800	5 caso seja necessário	Nenhuma

¹ Excluindo resumo, tabelas, figuras e referências.

² Contagem máxima de palavras para 5 tabelas / figuras é 1000; para 2 tabelas/figuras, 400.

2.4 Título

O título do manuscrito deve ser claro, preciso e conciso, e incluir todas as informações necessárias para identificar o alcance do artigo. Um bom título é o primeiro ponto de acesso para o conteúdo do artigo e facilita sua recuperação em bases de dados e motores de busca.

Os títulos não podem exceder 15 palavras. Palavras ambíguas, jargão e abreviações devem ser evitados. Títulos separados por pontos ou divididos em partes também devem ser evitados.

2.5 Autoria

A RPSP/PAJPH define autoria de acordo com as [diretrizes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas \(ICMJE\)](#) [sigla em inglês], recomendando que a autoria seja baseada nos quatro seguintes critérios:

- (1) Contribuições substanciais à concepção ou ao projeto do trabalho; ou à aquisição, à análise ou à interpretação de dados para o trabalho; E
- (2) Redação do trabalho ou revisão crítica do conteúdo intelectual relevante; E
- (3) Aprovação final da versão a ser publicada; E
- (4) Manifestar concordância em assumir responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, assegurando que as perguntas relacionadas com precisão ou integridade de qualquer parte do estudo sejam apropriadamente investigadas e resolvidas.

Os autores devem declarar, na carta de apresentação, a extensão da contribuição de cada autor. A inclusão de outras pessoas como autores por motivos de amizade, reconhecimento, ou outra motivação não científica constitui uma violação da ética em pesquisa. Nos casos em que um grande grupo multicêntrico tenha realizado o trabalho, o grupo deve identificar

os indivíduos que aceitam assumir responsabilidade direta pelo manuscrito. Os nomes de instituições não devem ser traduzidos, a menos que exista uma tradução oficial. Colaboração se refere à supervisão geral de um grupo de pesquisa ou apoio geral administrativo; e assistência em redação, revisão técnica, revisão linguística e verificação final.

O RPSP/PAJPH segue as [recomendações do ICMJE com relação ao uso de inteligência artificial \(IA\)](#) na produção de manuscritos submetidos. Os autores que utilizam essa tecnologia devem descrever, tanto na carta de apresentação quanto no trabalho submetido na seção apropriada, se aplicável, como a utilizaram. Os chatbots (como o ChatGPT) não devem ser listados como autores porque não podem ser responsáveis pela precisão, integridade e originalidade do trabalho, e essas responsabilidades são necessárias para a autoria.

2.6 Página de resumo e palavras-chave

O resumo é o segundo ponto de acesso a um artigo e deve permitir que os leitores determinem a relevância do artigo e decidam se lerão ou não todo o texto.

Os artigos de pesquisa original ou revisões sistemáticas devem ser acompanhados de um resumo estruturado de não mais de 250 palavras, subdividido nas seguintes seções: (a) Objetivos, (b) Métodos, (c) Resultados, e (d) Conclusões.

Os outros tipos de contribuições também devem ser acompanhados por um resumo informativo de não mais de 250 palavras.

O resumo não deve incluir nenhuma informação ou conclusões que não apareçam no texto principal. Este deve ser escrito na terceira pessoa e não deve conter notas de rodapé, abreviaturas desconhecidas nem citações bibliográficas.

As palavras-chave, extraídas do vocabulário dos [DeCS](#) (Descritores em Ciências da Saúde), da [BIREME/OPAS/OMS](#) e/ou, [MeSH](#) (*Medical Subject Headings*), da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (NLM), incluindo traduções em português e espanhol, estão disponíveis para que os autores as selecionem ao apresentar o manuscrito. Seu emprego facilita e torna mais específica a busca e recuperação do artigo em bases de dados e motores de busca.

2.7 Corpo do artigo

Artigos de pesquisa original e revisões sistemáticas são, geralmente, organizados segundo o formato [IMRAD](#) (Introdução, Materiais e métodos, Resultados e Discussão).

Embora subtítulos possam ser necessários ao longo do artigo, de maneira geral, o parágrafo que dá início ao manuscrito não precisa ser intitulado "Introdução", visto que este título é normalmente removido durante o processo de revisão. No entanto, o objetivo do artigo deve ser claramente declarado ao final da seção introdutória.

As seções "Resultados e Discussão" podem requerer subtítulos. No caso das "Conclusões", as quais devem estar incluídas ao final da seção "Discussão", também podem ser identificadas mediante um subtítulo.

As referências citadas somente em legendas de tabelas ou figuras devem ser numeradas de acordo com a sequência estabelecida mediante a primeira menção da tabela ou figura em particular, no corpo do texto.

Os títulos dos periódicos referidos devem ser abreviados segundo o estilo usado na [Base de Dados de Revistas](#), criada e atualizada pela [Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos](#).

A lista de referências deve ser numerada sequencialmente e deve ser iniciada em nova folha ao final do manuscrito. Todas as referências eletrônicas devem incluir a data de acesso.

2.8 Tabelas e figuras

As tabelas apresentam informação — geralmente numérica — em uma disposição de valores ordenada e sistemática em linhas e colunas. A apresentação deve ser de fácil compreensão para o leitor, complementando sem duplicar a informação do texto. Informações estatísticas em excesso podem ser, também, difíceis de interpretar. As tabelas devem ser transferidas em separado dos arquivos de texto e apresentadas em formato editável (preferencialmente arquivos Excel), e não como objetos extraídos de outros arquivos ou inseridos em documentos Word. Cada tabela deve conter um título breve, porém completo, indicando lugar, data e fonte da informação. Os títulos de colunas, também, devem ser os mais breves possíveis e indicar a unidade de medida ou a base relativa (porcentagem, taxa, índice etc.).

Informação que falta deve ser indicada por uma elipse (...). Se os dados não se aplicam, a célula deverá indicar "NA" (não se aplica). Se algum desses mecanismos, ou ambos, for utilizado, seu significado deve ser indicado com uma nota de rodapé da tabela.

As tabelas não devem ser separadas por linhas verticais, devendo apresentar três linhas completas horizontais no total: uma abaixo do título, uma segunda sob os títulos da coluna, e a terceira, ao final da tabela, acima das notas de rodapé.

As notas de rodapé de uma tabela devem ser indicadas com letras minúsculas sobrescritas, em ordem alfabética: a, b, c, etc. As letras sobrescritas no corpo da tabela deverão seguir uma sequência de cima para baixo e da esquerda para a direita.

Os autores devem se certificar de incluir "chamadas" — pontos de referência no texto a todas as tabelas do texto.

Tabelas ou dados de outra fonte publicada ou inédita devem ser reconhecidos e os autores devem obter permissão prévia para inclui-los no manuscrito. Vide seção 1.8, "Direitos Autorais", para mais detalhes.

As figuras incluem gráficos, diagramas, desenhos, mapas e fotografias. Devem ser usadas para destacar tendências e ilustrar comparações de forma clara e exata. As figuras devem ser de fácil compreensão e devem adicionar informação, em vez de repetir informação anterior do texto ou tabelas. As legendas devem ser breves, porém completas, devendo incluir lugar, data e fonte da informação.

As figuras devem ser enviadas em arquivo separado, em seu formato original editável, seguindo os padrões dos programas de software mais comuns (Excel, Power Point, Open Office ou arquivos .eps).

Havendo espaço suficiente, a legenda de um gráfico ou mapa deve estar incluída como parte da própria figura. Caso contrário, deve ser incluída em seu título. Em mapas e diagramas deve ser indicada a escala em unidades do SI (veja abaixo).

Se a figura ou tabela procede de outra publicação, a fonte deve ser identificada, e deve ser obtida permissão por escrito para reprodução deve ser obtida do titular dos direitos autorais da publicação original. Vide seção 1.8, "Direitos Autorais", para mais informação.

Quando unidades de medida forem utilizadas, os autores devem usar o [Sistema Internacional de Unidades \(SI\)](#), com base no sistema métrico e organizado pelo Comitê Internacional de Pesos e Medidas (*Bureau International des Poids et Mesures*).

As abreviaturas das unidades não são pluralizadas (por exemplo, usar 5 km, não 5kms), nem são seguidas de um ponto (escrever 10 mL, não 10mL.), exceto ao final de uma oração. Os algarismos devem ser agrupados de três em três à esquerda e à direita da vírgula decimal nos manuscritos em espanhol e português (ponto decimal nos manuscritos em inglês), sendo cada grupo de três algarismos separado por um espaço em branco.

Estilo correto:

12 500 350

1 900,05 (artigos em espanhol e em português)

1 900.05 (artigos em inglês)

Estilo incorreto:

12,500,350

1.900,05

Poderá ser usada uma [calculadora](#) para converter as unidades, os títulos e outras medidas ao Sistema Internacional.

2.9 Sumissão do manuscrito

Os manuscritos devem ser apresentados exclusivamente por meio do [sistema online de gestão de manuscritos da Revista](#).

Os autores serão notificados por e-mail do recebimento de seu manuscrito, e poderão ver o status dos seus manuscritos em qualquer momento a partir de sua conta na *seção Author Center*, em qualquer etapa do processo.

Todos os manuscritos devem ser acompanhados de uma [carta de apresentação](#) que inclua:

- Possíveis conflitos de interesses;
- Confirmação de que o manuscrito foi lido e aprovado por todos os autores, incluindo a contribuição de cada autor;
- Informação adicional que possa ser útil aos Editores Associados e ao Editor-Chefe.

A carta de apresentação deve ser incluída em um arquivo separado do restante do manuscrito. Nomes e afiliação dos autores não devem ser incluídos em nenhuma parte do documento principal (documento em Word; favor não enviar documentos em PDF), no momento da submissão.

Favor examinar os arquivos e os aspectos mencionados nessas instruções antes do envio de seu manuscrito, certificando-se de que esteja cumprindo todas as Condições para a Publicação, caso seu artigo seja aceito para publicação.

2.10 Correção do manuscrito

Os manuscritos são aceitos na condição de que a editora se reserva o direito de efetuar correções necessárias em questão de uniformidade, clareza e conformidade com o estilo da RPSP/PAJPH.

Os manuscritos aceitos para publicação serão submetidos à correção de estilo e, depois, serão enviados ao autor correspondente para que responda às indagações do editor, e para aprovar quaisquer correções. Se, durante esta etapa, o autor não responder satisfatoriamente às indagações do editor, a Revista se reserva o direito de não publicar o manuscrito. A fim de evitar atraso na publicação do número correspondente, solicita-se aos autores que devolvam o manuscrito corrigido, com sua aprovação, até a data indicada na mensagem que o acompanha.

A versão definitiva em PDF será enviada ao autor correspondente para aprovação antes da publicação online. Os artigos serão publicados nos formatos HTML e PDF.

ANEXO B: Normas da revista para submissão manuscrito II



INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

Ciencia & Saúde Coletiva publica debates, análisis y resultados de la investigación sobre un tema específico que se considere pertinente para la salud pública, y artículos para la discusión y análisis de la situación del área de arte y subáreas, incluso si no tratan del tema principal. La revista, una publicación mensual, tiene como propósitos enfrentar los desafíos, buscar la consolidación y promover la actualización permanente de las tendencias del pensamiento y de las prácticas de la salud colectiva, en diálogo con la agenda contemporánea de Ciencia y Tecnología.

Los artículos serán evaluados mediante Peer Review, de acuerdo con los lineamientos internacionales para el área de las ciencias.

Política de acceso abierto: Science & Public Health se publica bajo el modelo de acceso abierto y, por lo tanto, es gratuito para que cualquiera pueda leerlo, descargarlo, copiarlo y difundirlo con fines educativos.

La revista Ciência & Saúde Coletiva acepta artículos en pre-impresiones de bases de datos reconocidas a nivel nacional e internacional en el ámbito académico.

A la hora de presentar tu artículo, es importante saber lo que es un *preprint* y cómo puedes proceder para integrarte en esta primera etapa de Open Science. La preimpresión hace que los artículos y otras comunicaciones científicas estén disponibles de forma inmediata o en paralelo con su evaluación y validación por parte de las revistas. De esta forma, acelera la comunicación de los resultados de las investigaciones, garantiza la autoría intelectual y permite al autor recibir comentarios que contribuyan a mejorar su trabajo, antes de enviarlo a cualquier revista. Si bien el artículo puede permanecer solo en el repositorio de preimpresiones (si el autor no quiere enviarlo a una revista), las revistas continúan ejerciendo las funciones fundamentales de validar, preservar y difundir la investigación. Por lo tanto:

- (1) Ahora puede enviar su artículo al servidor de preprints de SciELO (<https://preprints.scielo.org>) o a otro servidor de confianza. En este caso, será evaluado por un equipo de especialistas de estos servidores, para verificar que el manuscrito obedezca a criterios básicos en cuanto a la estructura del texto y tipos de documentos. De aprobarse, recibirá un doi que garantiza su inmediata difusión internacional.
- (2) Paralelamente, si lo desea, puede enviarlo a Revista Ciência & Saúde Coletiva. Los dos procesos son compatibles.
- (3) Puede optar por enviar el artículo solo a Revista Ciência & Saúde Coletiva. El envío al repositorio de preimpresiones no es obligatorio.

A partir del 20 de enero de 2021, se cobrará una **tasa de presentación de R\$ 100,00**



(cien reales) **para artículos nacionales** y **US \$ 25,00** (veinticinco dólares) **para artículos internacionales**. No se devolverá el valor en caso de rechazo del material. Para pagar la tasa de presentación, visite el sitio web de la Revista (<https://cienciaesaudecoletiva.com.br/>). Este apoyo de los autores es indispensable para financiar el costo de la Revista, permitiendo la publicación con acceso universal para los lectores. **No se cobra tasa de publicación**. Si el artículo pasa a evaluación y recibe el parecer de Minor Revision (Revisión Menor) o Major Revision (Revisión Mayor), los autores no deberían pagar nuevamente la tarifa al enviar la versión revisada con las correcciones solicitadas. Solo los artículos de convocatoria pública autofinanciados están exentos de la tarifa de presentación.

Recomendaciones para la sumisión de artículos

Notas sobre la Política Editorial

La Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma su misión de publicar artículos originales, **que aporten novedad y avance en el conocimiento del área de la salud colectiva**. Cualquier texto que entre en este ámbito es y será siempre bienvenido, dentro de los criterios que se describen a continuación:

- (1) El artículo no debe tratar únicamente temas de interés local o situarse únicamente en el plano descriptivo.
- (2) En su introducción, el autor debe dejar en claro la naturaleza inédita de la contribución que aporta su artículo. También es muy recomendable que, en la carta al editor, el autor explique, en detalle, por qué su artículo es una novedad y en qué contribuye al avance del conocimiento.
- (3) Las discusiones de datos deben presentar un análisis que, al mismo tiempo, valore la especificidad de la investigación o los hallazgos de la revisión, y ponga estos hallazgos en diálogo con la literatura nacional e internacional.
- (4) El artículo cualitativo debe presentar, de manera explícita, análisis e interpretaciones anclados en alguna teoría o reflexión teórica que promueva el diálogo entre las Ciencias Sociales y Humanas y la Salud Pública. También se requiere que el texto valore el conocimiento nacional e internacional.
- (5) En cuanto a los artículos cuantitativos, la revista prioriza los basados en población y derivados de muestreo aleatorio. No se encajan en la línea editorial los que presentan muestras de conveniencia, pequeñas o solo descriptivas, o análisis sin base teórica, y discusiones e interpretaciones superficiales.
- (6) Las reseñas no solo deben resumir el estado del arte actual, sino que deben interpretar la evidencia disponible y producir una síntesis que contribuya al



avance del conocimiento. Así, nuestra orientación es publicar únicamente reseñas de alta relevancia, alcance, originalidad y consistencia teórica y metodológica, que de hecho aporten nuevos conocimientos al campo de la Salud Pública.

Nota importante – Dado el aumento exponencial de la demanda de la Revista, todos los artículos se someten a una selección inicial, realizada por los editores jefe. Su decisión de aceptarlo o no se basa en las prioridades mencionadas y el mérito del manuscrito en cuanto a originalidad, pertinencia del análisis estadístico o cualitativo, adecuación de los métodos y la rica interpretación de la discusión. Teniendo en cuenta estos criterios, solo una pequeña proporción de los originales se envían actualmente a los revisores y reciben una opinión detallada.

La revista *C&SC* adopta las "Normas para presentación de artículos propuestos para publicación en revistas médicas", Vancouver, de la Comisión Internacional de Editores de Revistas Médicas. El documento está disponible en varios sitios de la World Wide Web, como por ejemplo, www.icmje.org o www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. **Se recomienda a los autores su lectura atenta. Véase los ejemplos al final de las normas.**

Secciones de la publicación

Editorial: de responsabilidad de los editores jefes o de los editores invitados, debe tener 4.000 caracteres con espacio como máximo.

Artículos Temáticos: deben traer resultados de investigaciones de naturaleza empírica, experimental, conceptual y de revisiones sobre el tema en pauta. Los textos de investigación no deberán pasar a los 40.000 caracteres. Los artículos temáticos se seleccionan de la siguiente manera: por convocatoria pública, invitación o por recopilación de artículos ya aprobados.

Artículos de Temas Libres: deben ser de interés para la salud colectiva por libre presentación de los autores a través del sitio web de la revista en flujo continuo. Deben tener las mismas características de los artículos temáticos: máximo de 40.000 caracteres con espacio, resulten de investigación y presenten análisis y evaluaciones de tendencias teórico-metodológicas y conceptuales del área.

Artículos de revisión: deben ser textos basados exclusivamente en fuentes secundarias, sometidos a métodos de análisis ya teóricamente consagrados, pudiendo alcanzar hasta el máximo de 45.000 caracteres con espacio.

Opinión: texto que exprese posición calificada de uno o varios autores o entrevistas hechas con especialistas en el tema en debate en la revista; debe tener, en lo máximo, 20.000 caracteres con espacio.

Reseñas: análisis crítico de libros relacionados al campo temático de la salud



colectiva, publicado en los dos últimos años, cuyo texto no debe ultrapasar 10.000 caracteres con espacio. El autor debe asignar un título a la reseña en el campo del titulillo (*running head*) al enviar la presentación. Los autores de la reseña deben incluir al principio del texto la referencia completa del libro. Las referencias citadas en el texto deben seguir las mismas reglas de los artículos. En el momento de la sumisión de la reseña los autores deben insertar en anexo en el sistema una reproducción, en alta definición, de la tapa del libro en formato jpeg. No se necesitan resúmenes.

Cartas: con apreciaciones y sugerencias acerca de lo que fue publicado en números anteriores de la revista (máximo de 4.000 caracteres con espacio). No se necesitan resúmenes.

Observación: En artículos temáticos, temas libres, revisión y opinión, el límite máximo de caracteres toma en cuenta los espacios e incluye la palabra "introducción" y va hasta la última referencia bibliográfica.

Cada resumen debe contener un máximo de 1400 caracteres con espacios (incluyendo la palabra "resumen"/"resumo"/"abstract" hasta la última "palabra clave"/"palavra-chave"/"keyword"). Se permite un máximo de cinco ilustraciones (figuras/tablas/recuadros) por artículo y se cuentan por separado.

Artículos en periódicos

1. Los originales pueden ser escritos en portugués, español, francés o inglés. Los artículos deben tener título y resumen en portugués, inglés y español. Los textos en portugués deben tener título, resumen y palabras clave en el idioma original, en inglés y español. Los textos en español deberán tener título, resumen y palabras clave en el idioma original, en portugués e inglés. Los textos en inglés deben tener título, resumen y palabras clave en el idioma original, en portugués y en español. Los textos en francés deben tener título, resumen y palabras clave en el idioma original, en portugués e inglés. **No se aceptan notas de pie de página o en el final de los artículos.**

2. Los textos deben ser digitados en espacio duplo, fuente Times New Roman, tamaño 12, márgenes de 2,5 cm, formato Word (en la extensión .docx) y encaminados apenas por la dirección electrónica (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) según las orientaciones del sitio.

3. Los artículos publicados serán de propiedad de la revista *C&SC*, quedando prohibida la reproducción total o parcial en cualquier otro medio de divulgación, impresa o electrónica, sin la previa autorización de los editores jefes de la Revista. La publicación secundaria debe indicar la fuente de la publicación original.

4. Los artículos sometidos a la *C&SC* no pueden ser propuestos para otros periódicos.

5. Las cuestiones éticas referentes a las publicaciones de investigaciones con seres



humanos son de entera responsabilidad de los autores y deben estar en conformidad con los principios contenidos en la Declaración de Helsinque de la Asociación Médica Mundial (1964, reformulada en 1975,1983, 1989, 1989, 1996 y 2000).

6. Los artículos deben ser encaminados con las autorizaciones para reproducir material publicado anteriormente, para usar ilustraciones que puedan identificar personas y para transferir derechos de autor y otros documentos.

7. Los conceptos y opiniones expresados en los artículos, así como la exactitud y la validez de las citas son de exclusiva responsabilidad de los autores.

8. Los textos son en general (pero no necesariamente) divididos en secciones con los títulos Introducción, Métodos, Resultados y Discusión, a veces, siendo necesaria la inclusión de subtítulos en algunas secciones. Los títulos y subtítulos de las secciones no deben estar organizados con numeración progresiva, sino con recursos gráficos (mayúscula, disminución del margen etc.).

9. El título debe tener 120 caracteres con espacio y el resumen/abstract, con lo máximo 1.400 caracteres con espacio (se incluye la palabra resumen hasta la última palabra clave), debe explicitar el objeto, los objetivos, la metodología, el abordaje teórico y los resultados del estudio o investigación. Poco abajo del resumen los autores deben indicar hasta el máximo de cinco (5) palabras clave/keywords. Llamamos la atención para la importancia de la clareza y objetividad en la redacción del resumen, que, por supuesto contribuirá para el interés del lector por el artículo, y de los descriptores, que ayudarán en la indexación múltiple del artículo.

Las palabras clave en la lengua original y en inglés deben figurar obligatoriamente en el DeCS / MeSH. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

10. Pasará a ser obligatoria la inclusión del ID ORCID en el momento de la presentación del artículo. Para crear un ID de ORCID acceda:<http://orcid.org/content/initiative10>. Al enviar artículos a la plataforma de la Revista, es obligatorio que solo un autor tenga un registro ORCID (Open Researcher and Contributor ID). Pero cuando el artículo se aprueba y se publica en SciELO, todos los autores deben tener un registro ORCID. Por lo tanto, para los autores que aún no lo tengan, se recomienda que lo registren. Para registrarse con ORCID, vaya al sitio web (<https://orcid.org/>) y para insertar el ORCID en ScholarOne, vaya al sitio web (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) y actualiza tu registro.

11. Si utiliza inteligencia artificial en sus manuscritos, el autor deberá mencionar este hecho, indicando al final del campo dedicado a la metodología, en qué etapa del artículo se utilizó.

Autoría



1. Las personas designadas como autores deben haber participado en la preparación de los artículos para que puedan tomar públicamente la responsabilidad por su contenido. La clasificación como autor debe suponer: a) la concepción y la delineación o análisis e interpretación de los datos, b) la redacción del artículo o la revisión crítica, y c) la aprobación de la versión que se publicará. Las contribuciones individuales de cada autor deben ser listadas al final del texto, solamente con sus iniciales (por ejemplo: LMF trabajó en la elaboración y en la redacción final y CMG, en la investigación y en la metodología).
2. El número máximo de autores por trabajo es de ocho. Si se excede, los nombres de los autores que excedan se incluirán en los agradecimientos. Algunos artículos pueden tener más autores en el caso de grupos de investigación o en casos excepcionales con la autorización de los editores.
3. En ningún archivo insertado, deberá constar identificación de autores del manuscrito, excepto en el archivo denominado "Title Page" (Página de título).

Nomenclaturas

Deben ser observadas rígidamente las reglas de nomenclatura de salud pública/salud colectiva, así como abreviaturas y convenciones adoptadas en disciplinas especializadas. Deben ser evitadas abreviaturas en el título y en el resumen.

2. La designación completa a la cual se refiere una abreviatura debe preceder la primera ocurrencia de ésta en el texto, a menos que se trate de una unidad de medida patrón.

Ilustraciones y Escalas

1. El material ilustrativo de la revista *C&CS* comprende tabla (elementos demostrativos como número, medidas, porcentajes, etc.), cuadro (elementos demostrativos con informaciones textuales), gráficos (demostración esquemática de un hecho y sus variaciones), figura (demostración esquemática de informaciones por medio de mapas, diagramas, flujogramas, así como por medio de dibujos o fotografías). En las ediciones de la revista que se impriman todo este material estará en colores negro y gris para diferenciación.
2. El número de material ilustrativo debe ser de, como máximo, cinco por artículo (con límite de hasta dos laudas cada una), salvo excepciones referentes a artículos de sistematizaciones de áreas específicas del campo temático. En esta situación los autores deben negociar con los editores jefes.
3. Todo material ilustrativo debe ser numerado consecutivamente en números



arábigos, con sus respectivas leyendas y fuentes, y a cada uno debe ser atribuido un breve título. Todas las ilustraciones deben ser citadas en el texto.

4. Las tablas y los cuadros deben ser confeccionados en el programa Word o Excel y enviados con título y fuente. OBS: En el enlace del IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) están las orientaciones para confeccionar las tablas. Deben estar configurados en filas y columnas, sin espacios extras, y sin recursos de "salto de página". Cada dato se debe insertar en una celda separada. Importante: tablas y cuadros deben presentar información sucinta. Las tablas y cuadros pueden tener un máximo de 15 cm de ancho X 18 cm de altura y no deben sobrepasar dos páginas (en formato A4, con espacio simple y letra en tamaño 9).

5. Gráficos y figuras pueden ser confeccionados en el programa Excel, Word o PPT. El autor debe enviar el archivo en el programa original, separado del texto, en formato editable (que permite la función "copiar y pegar") y también en PDF o JPEG, TONOS DE GRIS o coloreados. Los gráficos generados en programas de imagen deben ser enviados en JPEG, TONOS DE GRIS o coloreados, resolución mínima de 200 DPI y tamaño máximo de 20 cm de altura x 15 cm de ancho. Las ilustraciones en color solo se publicarán en la versión en línea. Cuando se imprima la revista, todas las ilustraciones estarán en SOMBRAS DE GRIS sin excepción. Es importante que la imagen original esté de buena calidad, ya que no sirve aumentar la resolución si el original está comprometido. Gráficos y figuras también deben ser enviados con título y fuente. Las figuras y los gráficos tienen que estar al máximo en una página (en formato A4, con 15 cm de ancho x 20cm de altura, letra de tamaño 9).

6. Los archivos de figuras como mapas o fotos deben guardarse en (o exportados al) formato JPEG, TIF o PDF. En cualquier caso, se debe generar y guardar el material en la mayor resolución (300 o más DPI) y mayor tamaño posibles (dentro del límite de 21 cm de altura x 15 cm de ancho). Si hay texto en el interior de la figura, debe ser formateado en fuente Times New Roman, cuerpo 9. Fuente y subtítulo deben ser enviados también en formato editable que permita la función "copiar / pegar". Este tipo de figura también debe ser enviado con título y fuente.

7. Los autores que utilizan escalas en sus trabajos deben informar explícitamente en la carta de presentación de sus artículos, si son de dominio público o si tienen permiso para utilizarlas.

Agradecimientos

1. Cuando existan, deben ser colocados antes de las referencias bibliográficas.
2. Los autores son responsables por obtener la autorización escrita de las personas nombradas en los agradecimientos, una vez que los lectores pueden inferir que los mismos han suscripto los datos y las conclusiones.
3. El agradecimiento al apoyo técnico debe estar en párrafo distinto de los otros tipos



de contribución.

Financiación

RC&SC cumple con la Ordenanza No. 206 de 2018 del Ministerio de Educación/Fundación Coordinadora para el Perfeccionamiento del Personal de Educación Superior/Oficina sobre citación obligatoria de CAPES para trabajos producidos o publicados, en cualquier medio, derivados de actividades financiadas, integral o parcialmente, por CAPES. Estos trabajos científicos deben identificar la fuente de financiación mediante el uso del código 001 para toda la financiación recibida.

Referencias

1. Las referencias deben ser numeradas de forma consecutiva según el orden en que son citadas en el texto. En el caso de las referencias ser de más de dos autores, en el cuerpo del texto debe ser citado apenas el nombre del primero autor seguido de la expresión *et al.* Ejemplo: Minayo *et al.*³

2. Deben ser identificadas por número arábigo sobrescritos, según los ejemplos abajo:

Ej. 1: "Otro indicador analizado fue el de madurez del PSF"¹¹.PSF"¹¹(p.38).

Ej. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, la ciudad ..."

Las referencias citadas apenas en los cuadros y figuras deben ser numeradas a partir del número de la última referencia citada en el texto.

3. Las referencias citadas deben ser listadas al final del artículo, en orden numérica, siguiendo las normas generales de los *Requisitos uniformes para manuscritos presentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Los nombres de las revistas **deben** ser abreviados de acuerdo con el estilo usado en el Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>).

5. Nombres de personas, ciudades y países deben ser citados en la lengua original de la publicación.

Ejemplos de cómo citar referencias

Artículos en periódicos



1. Artículo estándar (**incluir todos los autores sin utilizar la expresión *et al.***)

Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Institución como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

3. Sin indicación de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

4. Número como suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicación del tipo de texto, si necesario

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

Libros y otras monografías

6. Individuo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador o compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.



8. Institución como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de libro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumen en Anales de congresos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabajos completos publicados en eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Disertaciones y tesis

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Otros trabajos publicados

13. Artículo de diário

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).



14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material en prensa o no publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material electrónico

16. Artículo en formato electrónico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 jan-mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 mar-abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografía en formato electrónico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

ANEXO 3. Submissão do manuscrito I

**CARACTERIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS, PROGRAMAS
E AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO PERU**

Journal:	<i>Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health</i>
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Systematic Review
Subject List:	Oral health/Salud bucal, Health policy/Políticas de salud
Language:	Portuguese
DeCS Keywords At the bottom of this page, you will be required to confirm that the words you provide here conform to the DeCS standards outlined at DeCS (http://decs.bvs.br)	saúde bucal, política de saúde