



O Direito humano ao sorriso: uma análise do arcabouço legislativo sobre a saúde bucal

The human right to smile: an analyses of the legislative outline about oral health

El derecho humano a sonreír: un análisis del contorno legislativo sobre la salud oral

Yêda Maria Parro¹
André Vinicius Pires Guerrero²

RESUMO: A saúde bucal da população tem reflexo na saúde integral e na qualidade de vida de toda a sociedade. As mudanças nos padrões das doenças guardam estreita relação com as alterações nos estilos de vida, que incluem dietas ricas em açúcares, uso de tabaco e álcool, sedentarismo e estresse crônico. Assim, a investigação do tema é um importante instrumento no planejamento de programas de prevenção e tratamento. Foi verificada a presença do tema saúde bucal no arcabouço legislativo federal no período de 1986 a 2014. Tratou-se de pesquisa exploratória de base descritiva-analítica, que utilizou a pesquisa documental. Foram levantados nos sítios das duas casas do Congresso Nacional e do Ministério da Saúde a legislação produzida nesse período. Os resultados encontrados demonstraram que o tema saúde bucal está no grupo de normas infralegais e o tema está presente na agenda governamental. A evolução legislativa no Brasil para o alcance do direito humano ao sorriso está ascendendo, mas faltam concretizações das ações. A saúde bucal ainda permanece à margem da saúde geral.

Palavras-chave: Direito à saúde. Atenção à saúde. Saúde bucal.

ABSTRACT: Population oral health is reflected by the overall health and quality of entire society life. Oral disease patterns seem to coincide with lifestyle choices, including diets high in sugar, the use of tobacco and alcohol, physical inactivity and chronic stress. Thus, in order to plan successful prevention and treatment programs for those suffering with oral diseases, research on topic is a must. The theme of public oral health has been seen in the federal legislative framework since 1986 up until 2014. During this period, exploratory research was based on descriptive-analytics. The subject is present on the government agenda and the educational role is important to achieve the eradication of the oral disease. Oral health care is still seen as less important than the overall health.

Keywords: Right to health., Health care. Oral health.

RESUMEN: La salud oral de la población se refleja en el estado general de salud y en la calidad de vida de toda la sociedad. Los cambios en los patrones de las enfermedades están estrechamente relacionados con cambios en el estilo de vida, que incluyen las

¹Cirurgiã-dentista formada pela Universidade Federal de Uberlândia. Especialista em Saúde Pública, Endodontia, Odontologia do Trabalho e Odontogeriatrics. E-mail: yedaparro@gmail.com

²Psicólogo formado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Analista de Gestão em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz-DF E-mail: piresguerrero@gmail.com



dietas con alto contenido de azúcar, el tabaco y el alcohol, la inactividad física y el estrés crónico. Por lo tanto, la investigación del tema es una herramienta importante en la planificación de programas de prevención y de tratamiento. Se verificó la presencia del tema de la salud oral en el marco legislativo federal para el período de 1986 a 2014. Se trata de un estudio exploratorio de base descriptiva-analítica, que utilizó la investigación documental. Se pesquisó, en los sitios web de ambas cámaras del Congreso y en el del Ministerio de Salud, la legislación promulgada durante ese período. Los resultados demostraron que la temática de la salud oral está en el conjunto de disposiciones infra legales y por lo tanto, el tema está presente en la agenda del gobierno. La salud oral aún sigue al margen de la salud general.

Palabras-clave: Derecho a la salud. Atención a la salud. Salud bucal.

Introdução

A saúde bucal da população tem reflexo na saúde integral e na qualidade de vida de toda a sociedade. A melhoria dessa saúde se dá por meio da prevenção, promoção e recuperação, abrangendo também a educação. A investigação do tema é um importante instrumento no planejamento de programas de prevenção e tratamento (1).

O Brasil é conhecido pelos contrastes naturais nas suas diferentes regiões bem como pelos profundos contrastes sociais e exclusão de parcela expressiva da população ao acesso aos mais elementares direitos sociais, entre eles, o direito à saúde (2).

O direito à saúde se insere na órbita dos direitos sociais constitucionalmente garantidos, tratando-se de um direito público subjetivo. No âmbito ético e jurídico o direito à saúde é considerado um direito humano, positivado no sistema legal brasileiro como um direito fundamental (3).

A saúde bucal engloba as condições biológicas e psicológicas que possibilitam o ser humano exercer as funções de mastigação, deglutição, fonação, além de estar envolvidas com a dimensão estética, auditiva e postural, possibilitando exercer a auto-estima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento (4). Essa saúde vai além de dentes saudáveis, abrange também o denominado complexo craniofacial, constituído pelas estruturas e tecidos dentários, bucais, faciais e do crânio (4).

Sendo parte importante da saúde geral, a saúde bucal

(...) é essencial para o bem-estar das pessoas, e implica estar livre de dor orofacial crônica, de câncer de boca e faringe, de alterações nos tecidos moles da boca (língua, gengivas e mucosa oral), de defeitos



congenitos como lesões e fissuras de lábio e/ou palato e de outras enfermidades ou agravos que afetem o complexo craniofacial (4).

A saúde bucal permite falar, sorrir, beijar, tocar, cheirar, saborear, mastigar, deglutir e gritar, além de proteger contra infecções e ameaças ambientais (4). Algumas bactérias alojadas na boca podem atingir a circulação sanguínea, chegando ao coração, o que leva ao quadro de endocardite bacteriana. Assim como, se atingem o aparelho respiratório, pode haver um quadro de pneumonia. As doenças bucais implicam em restrições de atividades na escola, no trabalho e na vida doméstica, causando a perda de horas dessas atividades, a cada ano, em todo o mundo. O impacto psicológico dessas enfermidades reduz significativamente a qualidade de vida (4).

A cárie dental é o maior problema de saúde bucal e de saúde pública. O declínio na prevalência dessa doença em crianças foi uma conquista da área de odontologia, mas um olhar mais atento sobre os números já basta para observar que a cárie ainda produz perdas dentárias, levando ao edentulismo, parcial ou total, milhões de brasileiros adultos e idosos (4).

Os cuidados em saúde bucal incorporam-se à visão de organismos internacionais da agenda de Saúde para Todos, consagrada em 1978, na Declaração Internacional de Cuidados Primários em Saúde de Alma-Ata. Foi incluída nas Metas de Desenvolvimento do Milênio estabelecidas em 2000 (5). Apesar das melhorias na saúde bucal das populações de vários países, ainda percebe-se problemas persistentes graves, principalmente nos grupos de baixa renda, tanto nos países em desenvolvimento como naqueles desenvolvidos (5).

Vale ressaltar o que Moisés escreve sobre a doença cárie dental:

(...) É preciso lembrar que essa doença adquire magnitude epidemiológica associada a padrões dietéticos em que o açúcar torna-se fartamente disponível, especialmente nas sociedades que se modernizaram ao longo do século XX. Alia-se a isto o desenvolvimento de modelos de assistência odontológica de caráter curativo reparador e, muitas vezes, mutilador, em que assistência era sinônimo de extração dentária) (5).

Entre as doenças negligenciadas, citadas como problemas de saúde pública em âmbito mundial, estão as cáries dentais, doenças gengivais e periodontais, perdas



dentais, lesões de mucosa, traumatismos bucodentais e cânceres na região de orofaringe, além de afecções bucais relacionadas com HIV/Aids (5).

As mudanças nos padrões das doenças guardam estreita relação com as alterações nos estilos de vida, que incluem dietas ricas em açúcares, uso de tabaco e álcool, sedentarismo e estresse crônico em ocupações com rotinas desgastantes. As doenças bucodentais, além dos determinantes sociais, estão associadas a esses fatores de estilo de vida, os quais são riscos para a maioria das doenças crônicas (5). “Várias dessas doenças como as cardíacas, acidentes vasculares, carcinomas e doenças bucais, têm fatores de risco em comum, e muitos deles são associados a mais de uma doença crônica.” (5).

Na década de 1980, a fragilidade do setor da saúde bucal no Brasil foi evidenciada na 7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), abrindo caminho para a inserção da odontologia em um programa nacional de saúde e na 8ª CNS o movimento nascente da saúde bucal coletiva defendeu as diretrizes do Movimento da Reforma Sanitária (5).

Em 1989, o Ministério da Saúde do Brasil aprovou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), provocando a busca de outras bases legais para instituir uma prioridade política e orçamentária maior para o setor odontológico na esfera do Governo Federal (6).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), em 1993, trouxe como tema a saúde bucal como um direito de cidadania (7).

Trazendo a saúde bucal como tema indissociável da saúde geral das pessoas e como um direito de cidadania e direito humano fundamental para todos, o relatório da 3ª CNSB trouxe a possibilidade da ação da sociedade na formulação das políticas de saúde bucal, dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (2).

A saúde bucal está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação (8).

Considerando a saúde bucal como parte do conceito de direito à saúde, esse artigo objetivou verificar a participação da odontologia no arcabouço legislativo federal no período de 1986 a 2014.



Metodologia

Foi feita uma pesquisa documental e bibliográfica levantando dados sobre o Direito à Saúde e a Atenção à Saúde Bucal no Sistema Público de Saúde do Brasil, durante o período da 8ª CNS (1986) e da 1ª CNSB (1986), percorrendo a implantação do Programa “Brasil Sorridente”, marco do fortalecimento da odontologia no SUS, ocorrido nas primeiras décadas do século XXI.

Foi realizado um levantamento com base em informações entre os anos de 1986 a 2014, utilizando como campo de pesquisa as informações disponíveis nos sítios das duas casas do Congresso Nacional e do Ministério da Saúde e, ainda, pesquisa doutrinária de artigos científicos nas bases Scielo, BVS e Google acadêmico. Os descritores utilizados na coleta de todos os dados foram: Direito à Saúde, Atenção à Saúde, Saúde bucal.

A coleta geral de dados foi realizada em agosto e setembro de 2015. Como critério de inclusão, as leis federais, as portarias do Ministério da Saúde e os relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde Bucal foram privilegiados. Na busca para verificar como a saúde Bucal do brasileiro está sendo garantida e mostrar como influencia diretamente a saúde geral do indivíduo, a identificação dos dados foi limitada aos documentos que guardam relação direta com a promoção, prevenção e reabilitação da saúde bucal do indivíduo.

Resultados e discussão

Os resultados encontrados demonstraram que o arcabouço legislativo sobre esse tema está no grupo de normas infralegais. A evolução legislativa no Brasil para o alcance do direito humano ao sorriso está sedimentada nas portarias do Ministério da Saúde. Esse assunto não é diretamente abordado nas leis federais; aparece como matéria implícita na abrangência da saúde geral. As portarias são atos administrativos expedidos pelos chefes de órgãos, que encerram a manifestação da vontade do Estado e podem orientar quanto à aplicação de textos legais. Por ser ato administrativo, a portaria só tem força de lei se editada para regulamentar lei ou decreto, formalmente não é lei. Assim, o ato administrativo não se sobrepõe a lei (9). As leis federais inovam a ordem jurídica, possuem o poder de obrigar a todos, são de uso exclusivo do legislativo



e têm características de generalidade e abstração. A portaria limita-se a desenvolver os princípios e a completar a sua dedução, a fim de facilitar o cumprimento dos dispositivos, muitas vezes genéricos, dos textos básicos (9).

Atualmente, o valor da portaria está mais prestigiado dentro do escalonamento hierárquico dos atos administrativos, liderando os demais atos editados pelo poder público, principalmente, no setor ministerial, em que se erigiu em fórmula adequada para a solução de problemas de maior relevância (9).

Segundo Delduque & Brito (10) o direito à saúde precisa, além do respaldo constitucional, das normas infraconstitucionais elaboradas pelo Poder Legislativo para auxiliar na implementação de políticas públicas pelo Estado.

As portarias do Ministério da saúde relacionadas ao tema saúde bucal no período estudado estão listadas no quadro a seguir:

Quadro 1 – Portarias do Ministério da Saúde relacionadas ao tema saúde bucal.

Ano	Legislação	Documento Consultado	Relação SB	Conteúdo
1989	Portaria do MS	22/89	Creme dental	Normatizou a produção brasileira de creme dental fluoretado
1991	Portaria do MS		Procedimentos coletivos em saúde bucal	Os procedimentos coletivos reforçaram as ações de caráter preventivo nos serviços públicos municipais
2000	Portaria do MS/GM	1444/2000	ESB na ESF	Saúde bucal inserida na estratégia da saúde da família
2001	Portaria GMMS	267/2001	Saúde bucal	Regulamentou as ações das eSB na eSF (equipe saúde da família)
2003	Portaria do MS	431/2003	Saúde bucal	Nomeação de um responsável pela coordenação da eSB
2003	Portaria do MS	396/2003	Saúde bucal	Reajuste de 20% nos valores dos incentivos financeiros para as eSB na eSF
2003	Portaria do MS	673/2003	Saúde bucal	Equiparação do teto de implantação entre eSB e eSF, que era de 1 para 2
2004	Portaria do MS/GM	318/2004 3ª.CNSB	Saúde Bucal	Acesso e qualidade em saúde bucal, superando a exclusão social
2004	Portaria do MS/GM	518/2004	Flúor	Valor máximo permitido de fluoreto por MG/L. de água
2004	Portaria do MS/GM	36/2004	Saúde Bucal	Comissão de assessoramento coordenação nacional de SB
2004	Portaria do MS/GM	74/2004	Atenção básica Saúde bucal	Reajuste dos incentivos de custeio mensal das eSBI e eSBII Equipo odontológico completo para as eSBII Moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias na atenção básica
2004	Portaria do MS/GM	1570/2004	Atenção secundária e terciária	Implantação dos CEO e laboratórios de prótese
2004	Portaria do MS/GM	1571/2004	Atenção secundária e	Financiamento dos CEO



			terciária	Quantitativo mínimo que os CEO devem realizar mensalmente
2004	Portaria do MS/GM	1572/2004	Atenção secundária e terciária	Estabeleceu o pagamento de próteses dentárias totais (limitado 242 próteses/mês)
2005	Portaria do MS/GM	283/2005	Atenção secundária e terciária	Antecipação do recebimento do recurso de implantação dos CEO 3 meses para o início do funcionamento após o recebimento do recurso
2005	Portaria do MS/GM	741/2005	Atenção secundária e terciária	A odontologia deve estar em regime ambulatorial e de internação (de rotina e de urgência) entre as atividades técnico-assistenciais na oncologia (Unacon/Cacon)
2006	Portaria do MS/GM	599/2006	Atenção secundária e terciária	Substituiu a portaria 1570/2004 Estabelece critérios para o credenciamento
2006	Portaria do MS/GM	600/2006	Atenção secundária e terciária	Quantitativo mínimo que os CEO devem realizar mensalmente
2006	Portaria do MS/GM	650/2006	Atenção básica	Reajuste de 50% no recurso de custeio para eSB
2006	Portaria do MS/GM	750/2006	Atenção básica	Cadastramento no CNES das equipes na estratégia da saúde da família (eSF, eSFSB e ACS (agentes comunitários)
2006	Portaria do MS/GM	822/2006	Atenção básica	Altera os critérios das modalidades das eSF
2006	Portaria do MS/SAS	939/2006	Vigilância em saúde	Instituição do comitê técnico assessor para estruturação e implantação da estratégia de vigilância em saúde bucal dentro da PNSB
2006	Portaria do MS/GM	2527/2006	Atenção básica	Conteúdo mínimo do curso introdutório para profissionais da saúde da família
2007	Portaria do MS/GM	1696/2007	Atenção básica	Atualização do Piso da atenção básica (PAB) para municípios e DF
2008	Portaria do MS/GM	90/2008	Atenção básica	Atualização do quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e quilombos, por município, para o cálculo do teto de eSF e eSB
2008	Portaria do MS/GM	648/2008	Saúde bucal	Regulamentou a atenção básica e definiu as ações de SB nesse nível de atenção
2008	Portaria do MS/GM	2489/2008	Atenção básica	Definição dos valores de financiamento do Piso de Atenção Básica Variável para a estratégia da Saúde da família e de saúde bucal
2008	Portaria do MS/GM	3066/2008	Atenção básica	Piso de Atenção Básica Variável para estrat. SF e SB
2009	Portaria do MS/GM	2371/2009	Saúde bucal	Instituição do componente móvel – unidade odontológica móvel (UOM)
2009	Portaria do MS/GM	2372/2009	Saúde bucal	Fornecimento de equipamentos odontológicos para as eSB
2009	Portaria do MS/GM	2373/2009 Alterou a 599/2006	Atenção secundária e terciária	O gestor municipal pode credenciar o CEO com recursos próprios
2009	Portaria do MS/GM	2374/2009	Atenção secundária e terciária	Reajuste dos valores de referência das próteses dentárias e ampliação dos procedimentos possíveis de serem realizados
2009	Portaria do MS/GM	3170/2009	Atenção básica	Divulgação de valores anuais e mensais



				da parte fixa do PAB
2009	Portaria do MS/GM	3189/2009	Saúde bucal	Programa de formação de profissionais de nível médio para a saúde (técnico para SB e prótese dentária)
2010	Portaria do MS/GM	1032/2010	Saúde bucal	Atendimento em SB das pessoas com necessidades especiais em âmbito hospitalar
2010	Portaria do MS/GM	3728/2010	Saúde bucal	Nomeação do coordenador de SB
2010	Portaria do MS/SAS	718/2010	Assistência odontológica	Realização de procedimentos de ortodontia e implantes no SUS
2011	Portarias do MS/AS	1454 e Programa Nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica	Atenção básica	Ampliar o acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica
2011	Portarias do MS/SAS	576/2011	Atenção básica	Estabelecer carga horária semanal para médicos, dentistas e enfermeiros e normas para cadastramento no SCNES das equipes de atenção básica que seriam do PMAQ
2011	Portarias do MS/GM	2396/2011	Saúde bucal	Profissionais de SB podem fazer parte do PMAQ-AB
2011	Portarias do MS/GM	2488/2011	Saúde bucal no SUS	Garante o atendimento a urgências odontológicas e promoção, prevenção, assistência e reabilitação da SB
2011	Portarias do MS/GM	2490/2011	Atenção básica	Define valores de financiamento das ESFR e UBSF
2011	Portarias do MS/SAS	703	Atenção básica	Cadastramento no CNES das novas equipes da estratégia da saúde da família
2011	Portarias do MS/GM	1602/2011	Atenção básica	Define valor mínimo da parte fixa do PAB
2011	Portarias do MS/GM	1599/2011	Atenção básica	Define valores PAB para ESF, ESB e ACS
2011	Portarias do MS/GM	122/2011	Saúde bucal	Diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório na rua
2011	Portarias do MS/GM	12466/2011	SUS	Acrescenta artigos à lei 8080/90 Dispõe sobre comissões intergestoras do SUS, CONASS e CONASEMS
2012	Portaria do MS/GM	3012/2012	Saúde bucal	Redefine a composição das ESB
2012	Portaria do MS/GM	3022/2012	Saúde bucal	Recursos financeiros para equipamentos odontológicos para os M que implantarem a eSB
2012	Portaria do MS/GM	978/2012	Atenção básica	Define os valores de financiamento do PAB para eSF, eSB e núcleos de apoio à saúde da família
2012	Portaria do MS/GM	366/2012	Atenção básica	Recursos para equipamentos odontológicos para M que implantarem a eSB
2012	Portarias do MS/GM	123/2011	Saúde bucal	Diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório na rua
2013	Portaria do MS	2355/2013	ESF	Cálculo do teto máximo das eSF
2013	Portaria do MS	1301/2013	Atenção básica	Recursos para equipamentos odontológicos para M que implantarem a eSB
2013	Portaria do MS/SAS	17/2013	Atenção básica	Equipes de SB incluídas na tabela de



2014	Portaria Interministerial	1646/2014	Saúde bucal	tipo de equipes do SCNES Institui o Componente GraduaCEO-Brasil Sorridente, que compõe a rede de atenção à saúde ▪ Atendimento em todas as áreas da odontologia em parceria com as faculdades
------	---------------------------	-----------	-------------	---

Fonte: elaborado pela autora com base nas Portarias do Ministério da Saúde.

Bastante eficaz é o uso do flúor na prevenção da cárie dentária, pois reduz em 50% a incidência dessa doença. Uma lei federal sancionada em 1973 obriga os municípios a fornecer esse elemento na água de abastecimento público, mas hoje ainda não é uma realidade para todas as cidades. Há uma dificuldade na parceria com os estados e municípios nesse sentido (11). Na tentativa de estender esse benefício, em 1989, foi normatizada a produção de creme dental fluoretado.

A saúde bucal entrou na estratégia da saúde da família no ano 2000, sendo que a coordenação sobre esse tema só foi criada em 2003. A partir desse ano, a saúde bucal no SUS passou a fazer parte da agenda prioritária do governo federal. Houve um atraso na chegada formal da odontologia, que só ocorreu em 2004 com o Programa Brasil Sorridente.

Também em 2004, foram inseridas na atenção básica, secundária e terciária a moldagem e confecção de próteses dentárias assim como, com a implantação dos centros de especialidades de odontologia (CEO), as especialidades de periodontia, cirurgia e endodontia (12), indo ao encontro do tema da 3ª. CNSB “Acesso e qualidade em saúde bucal, superando a exclusão social” (2). A ideia era que mais pessoas tivessem acesso aos cuidados odontológicos.

Em 2005, a portaria n. 741/2005 inseriu a odontologia em regime ambulatorial e de internação entre as atividades técnico-assistenciais no apoio multidisciplinar dos centros e unidades de assistência de alta complexidade em oncologia. Vale ressaltar que o uso de próteses muito antigas pode gerar uma série de lesões bucais, que podem progredir para lesões pré-cancerígena ou até mesmo cancerígenas (13) e que tratamentos prévios à oncoterapia devem ser realizados para minimizar a infecção local e sistêmica durante e após o tratamento do câncer. Complicações como mucosite e xerostomia são bastante comuns nesses casos. Contudo, foi só em 2008, que foram definidas as ações de saúde bucal na atenção básica.



Em 2010, foi inserido o atendimento em saúde bucal das pessoas com necessidades especiais em âmbito hospitalar e a realização de procedimentos de ortodontia e implantes no SUS, demonstrando a inclusão social e o acesso igualitário à odontologia (2).

Os profissionais de saúde bucal somente puderam fazer parte do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em 2011, ano em que uma portaria garantiu a saúde bucal no SUS; vinte e três anos após a implantação desse sistema (quadro 1).

Houve um espaço de tempo grande até que o tema saúde bucal fizesse parte das conferências de saúde. Esse assunto só teve uma conferência própria em 1986 - 1ª. CNSB (8), enquanto já acontecia a 8ª. CNS. Para apreciação dos relatórios das CNS e das CNSB, observe-se o quadro seguinte:

Quadro 2 – Demonstrativo dos relatórios das CNS e CNSB, projetos e programas do Ministério da Saúde relacionados diretamente com a saúde bucal.

Ano	Legislação	Documento consultado	Relação SB	Conteúdo
1986	Relatório	8ª. CNS	Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saúde como direito de todos ▪ Saúde e democracia ▪ Conferência- Mãe do SUS
1986	Relatório	1ª.CNSB	Saúde bucal	Saúde bucal parte integrante e inseparável da saúde geral
1988	Política do MS	PRECAD – Programa Nacional de Prevenção da cárie dental	Específica para a odontologia	Prevenção da cárie dentária
1992	Relatório	9ª.CNS	Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saúde como qualidade de vida ▪ Municipalização é o caminho
1993	CNSB	2ª.CNSB	Saúde bucal	Inserção da saúde bucal no SUS, acesso e equidade
1994	Programa do MS	PSF – Programa da saúde da família		Verificar mais de perto a saúde do cidadão
1996	Relatório	10ª.CNS	Saúde	Saúde, cidadania e políticas públicas
2000	Projeto do MS	SB 2000	Saúde bucal	Avaliar as condições de saúde bucal da população brasileira
2000	Relatório	11ª.CNS	Saúde	Efetivando o SUS
2003	Projeto do MS	SB Brasil 2003	Saúde bucal	Condições de saúde bucal da população brasileira
2003	Relatório	12ª.CNS	Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saúde: um direito de todos e um dever do Estado ▪ A saúde que temos, o SUS que queremos
2004	Programa do MS	Diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal	Saúde bucal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inclusão da eSB no PSF reforçada ▪ Criação dos CEO ▪ Organização do sistema nacional de vigilância sanitária dos teores de flúor ▪ Definição da área de saúde bucal como uma das prioridades



				governamentais
2004	Edital do MS		Saúde bucal	Para expandir a produção de conhecimento básico e aplicado sobre saúde bucal (SB)
2004	Política do MS	Programa Nacional de saúde bucal - Brasil Sorridente	Saúde bucal	Superar a desigualdade em saúde bucal por meio da prática assistencial e da qualificação dos serviços oferecidos
2006	Política do MS	PNAB Política Nacional de Atenção Básica	Atenção básica	Pactos pela saúde
2007	Relatório	13ª. CNS	Saúde	Saúde e qualidade de vida
2008	Pacto	Pacto pela saúde	Saúde bucal	2 indicadores para SB: 1ª. consulta programática Procedimentos coletivos
2008	Resolução	406 do CNS	Saúde bucal	Criação da comissão intersectorial de SB (Cisb) para acompanhar a execução da PNSB e as deliberações das CNSB
2010	Pesquisa nacional de SB	SB Brasil 2010	Saúde bucal	Base de dados permanente dos indicadores de SB
2010	Decreto presidencial	7336	Saúde bucal	Coordenação geral de SB passa a integrar o MS
	Relatório	14ª.CNS	Saúde	Todos usam o SUS
2011	Programa do MS	Brasil Sorridente Indígena	Saúde bucal	Atendimento aos índios
2011	Decreto	7492 Plano Brasil sem miséria	Brasil sorridente	Superar a extrema pobreza até o final de 2014 ▪ Como meta de ampliação dos serviços públicos o Brasil sorridente tem destaque
2011	Política do MS	Consultório na rua	Política Nacional de Atenção básica	Ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde
2015	Relatório	15ª.CNS	Saúde	Em andamento ▪ Saúde pública de qualidade Para cuidar bem das pessoas

Fonte: elaborado pela autora com base nos relatórios das conferências de saúde e de saúde bucal e políticas do ministério da saúde.

Em 1993, a 2ª. CNSB trouxe como tema a inserção da saúde bucal no SUS, trabalhando acesso e equidade. Nesse ano, o Brasil estava entre os países de piores condições de saúde bucal no mundo (7). O SUS tinha sido criado em 1988 e, em 1993, essa conferência ainda sinalizava a inserção da saúde bucal nesse sistema.

Dois levantamentos das condições de saúde bucal da população brasileira ocorreram em 2000 e 2003, apontando a necessidade de uma providência (14), já que os resultados demonstraram uma deficiência nessa área. Assim, em 2004, houve a definição da área de saúde bucal como uma das prioridades governamentais, como ficou determinado nas diretrizes para a PNSB. Surgiu o programa Brasil Sorridente, para superar a desigualdade em saúde bucal por meio da prática assistencial e da qualificação dos serviços oferecidos (15).



Em 2008, o pacto pela saúde determinou 2 indicadores para a saúde bucal, a 1ª. consulta programática e os procedimentos coletivos, reafirmando a presença da odontologia.

Em 2010, a pesquisa nacional de saúde bucal (16) criou uma base de dados permanente dos indicadores de saúde bucal e o decreto presidencial n. 7336 integrou a coordenação geral de saúde bucal ao Ministério da Saúde, o que mostra o quão distante estava esse tema do seu próprio ministério. O Plano Brasil Sem Miséria, em 2011, teve como destaque o programa Brasil Sorridente, meta de ampliação dos serviços públicos.

Em 2014, o Brasil chegou a 1.030 centros de especialidades odontológicas implantados e atingiu 93,6% da meta física programada para aquele ano. Alcançou a marca de 24.279 equipes de saúde bucal (eSB) implantadas e presentes em 5.013 municípios, representando uma cobertura de 40% da população. Foram ofertadas 550.497 próteses dentárias nesse ano (12).

Em 10 anos, foram investidos mais de 7 bilhões de reais no Brasil Sorridente. Em 2002 tinham sido investidos cerca de 56 milhões na área. Esses recursos estão garantindo os cuidados de saúde bucal para muitos brasileiros (17).

Na década de 1970, teve o início da fluoretação das águas de abastecimento público. Mas a expansão dessa ação se deu a partir de 2004 com o Programa Brasil sorridente. Essa medida impacta a prevenção da cárie dentária em todas as faixas etárias e é um investimento barato, cerca 2 reais/ano/habitante, para prevenir uma importante lesão nos dentes. O benefício da fluoretação supera o objetivo da saúde bucal e atinge a saúde geral, pois a água potável e fluoretada é um direito de todo o cidadão (18). Em 1990, ficou definido que toda criança tem o direito de receber assistência odontológica pelo SUS. Em 2004, a incidência de cárie em crianças aos 12 anos diminuiu em 26%. Agora em 2015, 44% das crianças aos 12 anos estão livres de cáries. Esse resultado colocou o Brasil, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), como um país considerado de baixa prevalência de cárie (18).

O resultado alcançado foi excelente, mostrando que o país deixou de figurar entre os países de piores condições de saúde bucal e alcançou um controle sobre a doença cárie. Entretanto, esse benefício atingiu a faixa etária menor, deixando descoberto ainda os adultos e idosos.



O estatuto do idoso não garante a assistência odontológica a esse segmento. Aquele idoso desdentado, que se sente em situação constrangedora e com a imagem denegrida, deveria também estar protegido. O edentulismo parcial ou total, além de trazer problemas digestivos sérios, porque o alimento não é triturado corretamente, pode agravar as doenças sistêmicas do paciente. A questão protética deve ser avaliada, pois os usuários de próteses totais apresentam apenas 35% da capacidade mastigatória e qualquer desadaptação pode reduzir ainda mais o desempenho e a eficiência mastigatória (13). A falta de dentes leva a uma projeção da cabeça para frente, podendo causar problemas na coluna. Além disso, a ausência dentária permite que a língua se espalhe no assoalho bucal, dificultando a passagem de ar, gerando problemas respiratórios. Sem dentes a boca fica mais fechada, o que determinará uma nova posição do côndilo mandibular na cavidade glenóide, levando a distúrbios na articulação têmpora mandibular, dores e a um maior número de rugas.

O artigo 16 da lei 8080/90 traz algumas competências do SUS em relação às políticas de alimentação e nutrição; aos sistemas de vigilâncias epidemiológica e sanitária e à coordenação da política de saúde do trabalhador. Verifica-se no quadro a seguir as leis federais e os decretos sobre o tema saúde:

Quadro 3 – Leis Federais e decretos sobre a saúde.

Ano	Legislação	Documento consultado	Relação SB	Conteúdo
1990	Lei federal	8080/90 lei orgânica da saúde		Condições para promoção, proteção e recuperação da saúde
1990	Lei federal	8142/90		Participação da comunidade na gestão do SUS
1990	Lei federal	8069/90	Assistência odontológica	Toda criança tem direito a receber assistência médica e odontológica pelo SUS
2002	Lei federal	10465/2002	Saúde bucal	Dia nacional de Saúde Bucal – 25/10
2003	Lei federal	10741/2003 Estatuto do idoso	Preservação da imagem	▪ Inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral ▪ Preservação da imagem e identidade
2008	Lei federal	11889/2008	Atenção básica	Regulamentação das profissões de ASB (auxiliar) e TSB (técnico)
2011	Decreto	7508/2011	SUS	Regulamenta a lei 8080/90 Para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento em saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa
2012	Lei complem.	141/2012	SUS	Valores mínimos a serem aplicados anualmente pela U, E e M em ações e serviços de saúde
2013	Lei federal	12864/2013	Saúde geral	Atividade física como determinante e condicionante da saúde
2014	Decreto	8262	Saúde	Regulamenta a lei antitabaco Extingue os fumódromos

Fonte: elaborado pela autora com base na legislação federal.



Nota-se o distanciamento da odontologia, quando não se alcança que um trabalhador parcial ou totalmente desdentado não pode ter um aporte nutricional adequado. A digestão inicia-se na boca e uma mastigação eficiente determina uma absorção ideal no aparelho gastrointestinal. Se for portadora de cárie dentária, doença infecto-contagiosa, de ataque quase universal, de natureza insidiosa, de caráter crônico e multifatorial, a pessoa não deveria ser considerada totalmente saudável (19). A cárie leva a perda do dente e é antecedida por síndromes agudas e crônicas, constituindo a causa direta de muitas enfermidades responsáveis pela perda de milhares de dias de trabalho por ano (20).

Com o avanço econômico da sociedade e a busca para se atingir a eficiência laboral, alguns problemas de saúde têm aparecido devido a rotina de trabalho, ao estresse e ao abandono dos cuidados com a saúde. O absenteísmo por razão odontológica é um absenteísmo – doença ainda pouco estudado (21).

Dados do IBGE (2013) demonstram que

No Brasil, 1,4% dos homens e 1,7% das mulheres tinham grau intenso ou muito intenso de dificuldade para se alimentar por problemas nos dentes ou dentaduras. Essa dificuldade foi mais presente nos grupos de pessoas de 40 a 59 anos e de 60 anos ou mais de idade, bem como naquelas sem instrução ou com fundamental incompleto. (22)

A pesquisa estimou que, das pessoas de 18 anos ou mais de idade, 11,0% perderam todos os dentes, o que corresponde a um contingente de 16,0 milhões, sendo maior a proporção entre as mulheres (13,3%) que entre os homens (8,4%). Aproximadamente 41,5% das pessoas de 60 anos ou mais de idade perderam todos os dentes, tendo ocorrido o mesmo com 22,8% das pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto. (22)

O levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira – SB 2003 mapeou a saúde bucal do povo brasileiro e orientou a pesquisa para as ações do Brasil Sorridente. Deixou claro que em crianças e adolescentes o principal problema são cáries não tratadas, e nos adultos e idosos, a perda dentária surge como o problema mais grave (14). O relatório da 2ª. CNSB (1993) reafirmava a condição indissociável da saúde bucal com todo o ser humano e garantia a assistência integral em todos os níveis e faixas etárias (7). Porém, o que se observa é que os problemas odontológicos encontrados nos idosos são complicações de processos patológicos acumulados



durante toda a vida, devido à higiene bucal deficiente, iatrogenia, falta de orientação e de interesse em saúde bucal e ao não acesso aos serviços de assistência odontológica. Certas condições decorrentes do envelhecimento predispõem ao desenvolvimento de algumas morbidades no sistema estomatognático e o câncer bucal apresenta a variável idade como fator de risco (23). Destaca-se o caráter abrangente da atenção odontológica e a necessidade de sua integração a todos os aspectos da vida do indivíduo.

Na análise do quadro abaixo, que mostra o número de portarias sobre saúde bucal por ano, há que se chamar atenção para 2011. Nesse ano foram publicadas 10 portarias sobre o assunto. Percebe-se que só recentemente mais portarias discutiram esse tema. Foi uma grande produção em relação aos demais anos, considerando-se que o SUS surgiu em 1988 e o Programa Brasil Sorridente em 2004.

Quadro 4 – Número de portarias sobre saúde bucal por ano.

Ano de Publicação	Número de Portarias
1989	1
1991	1
2000	1
2001	1
2003	3
2004	7
2005	2
2006	7
2007	1
2008	4
2009	6
2010	3
2011	10
2012	5
2013	3
2014	1

Fonte: elaborado pela autora

A prevenção em odontologia só passou a despertar interesse no Brasil no final da década de 1970, o que explica, em parte, os baixos níveis de saúde bucal, principalmente nos idosos. Os efeitos das medidas preventivas só serão evidentes nas gerações futuras dos idosos brasileiros (23). Faz-se necessário, além de recursos para a prevenção, investimentos também na educação em lugar de só se pensar nos



procedimentos restauradores. A melhoria nas condições de saúde bucal está ligada aos valores atribuídos pela população ao tema e parece existir uma baixa auto percepção desses valores, até mesmo por falta de conhecimento. Além disso, a mudança na postura do profissional de saúde pode ser uma aliada no momento em que esse passar a ter uma conduta educadora e de valorização da saúde bucal (23).

A intervenção odontológica em nível curativo tem implicações na alimentação, na autoimagem, na autoestima, no convívio social, na fonação, na respiração e até na postura. A manutenção precária da saúde bucal pode levar a complicações, porque as doenças bucais não tratadas podem levar a infecções sistêmicas (24), como a endocardite bacteriana e a pneumonia aspirativa.

Problemas psicológicos como depressão por ausências de elementos dentais, sintomas de desadaptação, com prejuízos nos relacionamentos social, familiar, amoroso e profissional são vistos nos consultórios odontológicos. A perda dos dentes é vista como fator desencadeante de sentimentos de desamparo, impotência e diminuição de autoestima. Portanto, a substituição dos dentes perdidos está diretamente relacionada com a demanda de reconstituição da imagem pessoal e social do indivíduo (23).

A lei 8080/90 diz que são estabelecidos, no âmbito do SUS, o atendimento domiciliar para procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. Observa-se que o tratamento odontológico ainda se encontra à margem do cuidado integral (quadro 3).

O primeiro levantamento epidemiológico em saúde bucal, em 1986, forneceu dados sobre os principais problemas odontológicos na zona urbana. Foi comprovado o alto nível de cárie entre as crianças brasileiras e a pior situação entre as pessoas de menor renda. Acreditava-se, antes, que o problema era tão grande que impediriam qualquer sucesso nas propostas odontológicas de massa e por isso, levantamentos mais precisos eram desnecessários (25). Dessa forma, a saúde bucal permanecia em segundo plano.

Após 10 anos, outro levantamento foi realizado buscando verificar as alterações ocorridas no perfil da população brasileira, procurando um referencial para o desenvolvimento das ações preventivas do SUS. Houve uma discreta evolução da



doença cárie nas crianças de 9 anos, porém era moderada ao se aproximar dos 12 anos (26). Esse fato pode ter explicação na evasão escolar.

Parte dos instrumentos normativos para a construção da PNSB foi assinada pelo Ministério da Saúde, tendo como principais atores a Presidência da República, a Comissão Intergestores Tripartite, o Conselho Nacional de Saúde e a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) (27). O fato do governo Federal priorizar a saúde bucal no SUS, mesmo antes do lançamento das diretrizes da PNSB, já demonstrava sinais de mudança na saúde bucal (27).

Após o lançamento da PNSB, em março de 2004, a análise normativa foi convergente aos pressupostos dessas diretrizes e às portarias, deliberações e documentos oficiais publicados. A ação orçamentária específica a partir de 2004 garantiu legitimidade à PNSB para a execução das ações (27).

O governo criou mecanismos para os estados e municípios concretizarem uma rede de atenção em saúde bucal de acesso igualitário, quando incorporou a saúde da família como estratégia na reorganização da Atenção Básica; forneceu equipamentos odontológicos, incluindo o componente móvel; implantou os CEO e laboratórios de prótese e ampliou o acesso ao atendimento hospitalar de pacientes com necessidades especiais e pacientes oncológicos. A criação e manutenção dos CEO estabeleceram, de fato, uma rede de atenção secundária de saúde bucal no SUS (27).

O SB 2010, um dos levantamentos das condições de saúde bucal da população brasileira, mostrou que a redução do número de cáries em crianças não tinha sido significativa. O resultado não foi muito expressivo em 7 anos. Entretanto, nos adultos houve uma diminuição dos componentes “perdidos” e “cariados” e aumento nos “obturados” (16). Isso mostrou uma tendência registrada no país: os procedimentos mutiladores, representados pelas extrações de dentes, cedendo espaço aos tratamentos restauradores.

Os trabalhos desenvolvidos pela coordenação geral de saúde bucal favoreceram a construção de uma política de saúde bucal com bases mais sólidas, porém frágil sob o ponto de vista do arcabouço legislativo, em comparação a outras implantadas (28).

O Brasil é o país que tem mais dentistas no mundo, no entanto o tratamento odontológico ainda é inacessível para grande parte da população. A rede pública



precisa ser expandida, mas a dificuldade também está no tamanho do Brasil, nas diferenças regionais, que torna o acesso ao tratamento bastante complexo, e na postura do profissional que não quer ir para o interior. O SUS está com 27 anos, entretanto a implantação do Programa Brasil Sorridente é recente. Nesses 11 anos de existência, as conquistas foram, entre outras, 24.000 equipes de saúde bucal (eSB) presentes em 90% dos municípios. Antes do PNSB só as mulheres e crianças eram atendidas nos postos de saúde, hoje abrange a família toda. Esse programa é uma referência internacional e foi aprovado por 81% dos usuários. No seu início a cada 4 brasileiros de 60 anos, 3 eram desdentados (70% sem dente), porque era proibitivo dentista particular e não havia na rede pública. A lista de espera do Brasil Sorridente é extensa, porque o programa é novo e existe ainda uma demanda reprimida. O programa trabalha com 2 movimentos: deixar de produzir a doença com o uso do flúor na água e no creme dental e o tratamento (11).

O ministério da educação está cooperando com a da saúde no sentido de incentivar a formação do generalista, que pode resolver grande parte dos problemas bucais, deixando o especialista para o CEO (11). A ampliação e qualificação da atenção básica e da atenção odontológica especializada no SUS resgata as diretrizes da PNSB fundamentadas nos princípios de universalidade, equidade e integralidade. Segundo Pucca, “[...] a decisão de ampliar o acesso, a qualidade e propiciar a integralidade dos serviços de saúde bucal é o caminho correto para a redução da desigualdade no país” (28).

Considerações finais

No direito sanitário estão incluídos o direito à saúde, enquanto direito humano e o direito da saúde pública, como as normas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos. Nesse contexto a odontologia sanitária se insere, no sentido de obter as melhores condições possíveis de saúde oral.

Embora a odontologia seja uma atividade antiga no Brasil, estava relegada, por ser de execução um pouco mais complexa, de alto custo e pensada sempre de forma individual. Com a sua inclusão no programa saúde da família, a atenção básica recebeu um importante complemento e a população ganhou uma nova proposta de prática



odontológica. A saúde bucal não resulta apenas da ação individual dos odontólogos, mas de construções sociais operadas de modo consciente, visando a coletividade, incluindo os profissionais de saúde, inclusive os dentistas. Os problemas nessa área exigem mais do que ações assistenciais de profissionais competentes, requerem políticas intersetoriais, integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação, responsabilidade de todos os segmentos sociais e compromisso do Estado, para que o Brasil Sorridente não seja lembrado apenas como uma bandeira do governo petista, que teve o presidente Lula como garoto propaganda. A odontologia se torna parte do time à medida que é percebida como necessária.

Constata-se que a saúde bucal é um conceito pouco conhecido em sua real extensão e não pode ser reduzido à saúde dos dentes ou a considerações sobre uma ou duas enfermidades.

O papel educacional é importante para a erradicação das patologias. A população só consegue participar a partir do momento que começa a conhecer. As demandas de saúde bucal e doenças sistêmicas não possuem fronteiras e propiciar saúde bucal significa propiciar saúde geral. No intuito de fazer a população reconhecer e fazer parte dessa conquista é necessário conscientizá-la de seu importante papel na continuidade desse processo. E para que isso aconteça, a mudança comportamental do profissional de odontologia é imprescindível no sentido de ensinar o seu paciente e também enxergá-lo além da cavidade oral. Nesse aspecto, o direito fundamental e inalienável da saúde bucal tem relação direta com a valorização dessa profissão.

Outra ação que poderia ser eficaz seria a descentralização das faculdades, estimulando a interiorização do dentista, para que o atendimento odontológico chegasse a um número maior de brasileiros.

A conquista da saúde bucal e da qualidade de vida como um direito cidadão já é uma realidade, apesar desse assunto vir à tona mais de 10 anos depois do surgimento do SUS. Assegurar o acesso a todos os recursos necessários para que cuidados odontológicos sejam, efetivamente, um direito humano e social já é um assunto relevante presente na agenda governamental, embora de forma ainda um pouco discreta.



O sorriso do brasileiro está sendo garantido, no entanto, não atinge toda a população e ainda está no arcabouço infraconstitucional. O SUS tem 27 anos, mas a saúde bucal apenas 11.

Referências

- 1- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e indicadores sociais. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. [Acesso em 03 out 2015]. Disponível em <http://www.biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros>
- 2- Brasil. Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando a exclusão social. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2004a.
- 3- Ventura M, Silva NEK. A busca da equidade no acesso à saúde: as controvérsias da internação hospitalar com diferença de classe no SUS. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, 2015, 4 (1): 86-102.
- 4- Narvai PC, Frazão P. Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca. 21ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.p.19
- 5- Moysés SJ. Saúde bucal. In Giovanella L, Escorel S, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2ª.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 705-734.
- 6- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 613/GM, de 13 de junho de 1989. Política Nacional de Saúde Bucal: princípios, objetivos, prioridades. Secretaria Nacional Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Bucal, 1989.
- 7- Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Conselho Nacional de Saúde, 1993.
- 8- Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 1ª. Conferência Nacional de Saúde Bucal. Conselho Nacional de Saúde, 1986.
- 9- Junior JC. Valor jurídico da portaria. Revista Direito Administrativo 117: 447-459, 1974 [Acesso em 01 nov 2015]. Disponível em <http://www.bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/40205>
- 10- Delduque MC, Britto E. O tema da saúde no Senado Federal: uma análise dos projetos de lei de 2011-2012. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, 2014; 3 (3): 94-104.



- 11- Pucca Junior GA. Quem vai ao dentista. Brasília, Televisão câmara, 24 jul 2015. Entrevista ao Programa Participação Popular. [Acesso em 20 nov 2015]. Disponível em www2.camara.leg.br/camaranoticias/TV/matérias/PARTICIPACAO-POPULAR/492777-QUEM-VAI-AO-DENTISTA.html
- 12- Brasil. Portalsaúde.saude.gov.br/índex.php/relatório-de-gestao. [Acesso em 18 nov 2015].
- 13- Jakymiu JRG, Corrêa G de O. Levantamento de dados de pacientes e condições das próteses totais bimaxilar confeccionadas pelo SUS no município de Pinhalzinho - SC. Brazilian journal of surgery and clinical research. 2015, 11 (1): 05-12.
- 14- Brasil. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 68p.
- 15- Brasil. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b
- 16- Brasil. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011,92p.
- 17- Pucca Junior GA. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. Portal Saúde do Mato Grosso do Sul, 27 out 2014. [Acesso em 19 nov 2015]. Disponível em WWW.portalsaude.ufms.br
- 18- Pucca Junior GA. Antes & Depois da Lei. STJ, 2 mar 2015. [Acesso em 19 nov 15] . Disponível em linharedadvogados.com.br/entrevista-coordenador-gilberto-pucca-saude
- 19- Leites ACBR, Pinto MB, Sousa ER de. Aspectos microbiológicos da cárie dental. Salusvita 25(2): 239-252, 2006 [Acesso em 01 nov 2015]. Disponível em <http://www.usc.br/biblioteca/salusvita/index.htm>
- 20- Medeiros EPG, Bijella VT. Bases para a organização de programas dentais para operários. Revista Brasileira de Odontologia. 1970, 27 (166): 303-311.
- 21- Parro,YM, Tonissi MA. Absenteísmo por causa odontológica nos servidores do Superior Tribunal de Justiça no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007. [Monografia]. Brasília: Programa de Pós-Graduação em Odontologia do Trabalho, Sindicato dos Odontologistas do Distrito Federal; 2009.
- 22- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. 2015.[Acesso em 3 out 2015]. Disponível em <http://www.biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/livro94074.pdf>.



- 23- Shinkai RSA, Cury ADB. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Caderno Saúde Pública* 16 (4): 1099-1109, 2000. [Acesso em 1º nov 2015]. Disponível [http:// www.scielosp.org/pdf/csp](http://www.scielosp.org/pdf/csp).
- 24- Moraes TMN, Silva A, Avi ALRO, Souza PHRS, Knobel E, Camargo LFA. A importância da atuação odontológica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* 18 (4): 412-417, 2006.
- 25- Brasil. Ministério da Saúde. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília, 1988. [Acesso em 3 out 2015]. Disponível em <http://www.dab.saude.gov.br>
- 26- Brasil. Ministério da Saúde. Levantamento epidemiológico em saúde bucal 1996 – cárie dental. Brasília, 1996. [Acesso em 3 out 2015]. Disponível em <http://www.dab.saude.gov.br>
- 27- Martelli PJ deL, Menezes VGde. Estudos sobre Políticas Públicas de Saúde em Recife 2000-2012: reflexões, críticas e legados. Recife: Editora Universitária da UFPE; 2014.114p.
- 28- Pucca Junior G A, Paludetto Junior M, Santos LMP e Pereira MF. Avaliação da estrutura normativa da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, no período de 2003 a 2011. *Revista Divulgação em Saúde para debate*. 2014; 51: 86-104.

*Recebido em 30/01/2016
Aprovado em 6/6/2016*

Como citar este artigo:

Parro YM, Guerrero AVP. O Direito humano ao sorriso: uma análise do arcabouço legislativo sobre a saúde bucal. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2016 abr./jun, 5(2):109-130.