

POLÍTICAS PÚBLICAS DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR: AS DIMENSÕES DA SAÚDE ORAL ENQUANTO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

Nicole Garske Weber¹

Edilson Fernando Castelo²

RESUMO: Atualmente, no Brasil, dois projetos de lei, com cunho de políticas públicas que permeiam a Odontologia Hospitalar, estão aguardando aprovação do Senado Federal: o Projeto de Lei 2776/2008 que torna obrigatória a presença do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar e o Projeto de Lei 34/2013 que visa tornar-se obrigatória a prestação de assistência odontológica a pacientes em regime de internação hospitalar e outras modalidades. Tratando-se de questão de saúde pública, o presente trabalho tem como objetivo, sob a perspectiva da Odontologia Hospitalar como um direito fundamental à saúde, verificar se existe a (im)prescindibilidade do profissional odontológico no ambiente hospitalar nas modalidades referidas nos respectivos projetos legislativos. Quanto ao método de abordagem, utilizar-se-á o hipotético-dedutivo, e o método de procedimento histórico e monográfico. Ao passo que, a técnica de pesquisa empregada será a bibliográfica e documental. Considerando que o trabalho do cirurgião-dentista na internação hospitalar dá-se dentro de uma rede multidisciplinar com profissionais de diversas áreas, explicitando os benefícios e o ganho com a evolução da Odontologia Hospitalar, o referido estudo indica sobre a imprescindibilidade do profissional odontológico no ambiente hospitalar, objetivando tratamento mais digno e com maiores possibilidades de êxito no diagnóstico e cura dos pacientes.

¹ Mestranda em Direito com Bolsa CNPq na área de concentração em Direitos Sociais e Políticas Públicas pelo Programa de Pós-Graduação em Direito - Mestrado e Doutorado - da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. Graduada em Direito pela UNISC. Integrante do grupo de pesquisas Direito, Cidadania & Políticas Públicas, coordenado pela Pós-Dra. Marli Marlene Moraes da Costa, ligado ao Programa de Pós-Graduação em Direito - Mestrado e Doutorado da UNISC, e certificado pelo CNPq. Membro do Núcleo de Migrações Internacionais e Pesquisa no Sul - MIPESUL. Practitioner em Programação Neurolinguística - PNL pelo Sabbi Institute. Pesquisa nas áreas de direitos humanos, gênero, direitos das mulheres, políticas públicas, direito internacional público, migrações internacionais, tráfico internacional de pessoas e ciências sociais. Tradutora e intérprete. E-mail: nicoleweber@mx2.unisc.br

² Mestre em Odontologia na área de concentração em Periodontia pelo Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic – SLMANDIC. Graduação em Odontologia na Universidade Luterana do Brasil – ULBRA. Professor da Graduação em Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Tutor e Preceptor da Residência Multidisciplinar do Hospital Santa Cruz – HSC, na área da Odontologia. Professor do curso de Extensão em Periodontia – UNISC. Pesquisa nas áreas de periodontia, microbiologia oral, odontologia hospitalar e políticas públicas de odontologia. Cirurgião-dentista. E-mail: ecastelo@unisc.br

Palavras-chaves: Cirurgião-dentista. Direito fundamental. Odontologia Hospitalar. Políticas públicas. Saúde pública.

ABSTRACT: Currently, in Brazil, two bills, with public policies that permeate Hospital Dentistry, are awaiting Federal Senate approval: Bill 2776/2008, which makes mandatory the presence of the dentist in a hospital environment and the Project of Law 34/2013 that aims to make it compulsory to provide dental care to patients in a hospital stay and other modalities. From the perspective of Hospital Dentistry as a fundamental right to health, this paper aims to verify if there is (in)dispensability of the dental professional in the hospital environment in the modalities referred to in the respective legislative projects. As for the method of approach, the hypothetico-deductive, and the method of historical and monographic procedure will be used. While the research technique used will be the bibliographical and documentary. Considering that the work of dental surgeon during hospital stay is carried out within a multidisciplinary network with professionals from different areas, explaining the benefits and the gain with the Evolution of Hospital Dentistry, this study indicates about the indispensability of the dental professional in the hospital environment, aiming for a more dignified treatment and with greater possibilities of success in the diagnosis and cure of the patients.

Keywords: Dental surgeon. Fundamental right. Hospital Dentistry. Public health. Public policies.

INTRODUÇÃO

Muitas pessoas possuem alterações crônicas de saúde que encontram-se mascaradas pela ausência de sintomas ou pela não frequência de consultas a profissionais de saúde. De forma geral, as pessoas acabam tornando-se pacientes de forma repentina no hospital, quando de um acontecimento inesperado, e só então iniciam uma investigação através de diagnóstico.

Dentre estas condições, existe um alto percentual de alterações de saúde bucal, tais como gengivite ou periodontia, ambos processos infecciosos crônicos que interferem de forma negativa na saúde do indivíduo. Quadros assim, conforme será demonstrado ao longo do presente trabalho, diminuem a imunidade, agravam doenças e ademais, podem dar abertura a infecções oportunistas e gerar novas doenças.

Inserindo-se ao ambiente hospitalar, estas infecções denominam-se infecção hospitalar, e resultam num maior tempo de internação, aumento dos gastos aos cofres públicos, diminuição dos leitos disponíveis à comunidade, dentre tantas outras consequências.

O presente estudo objetiva, de forma multidisciplinar, trazer à luz o questionamento da imprescindibilidade do profissional de odontologia presente de forma obrigatória nos hospitais, buscando demonstrar a essencialidade de cuidados orais em pacientes internados, na prevenção ou superação de suas doenças ou condições de saúde.

O presente artigo trata também do direito fundamental à saúde como direito público subjetivo garantido pela Constituição Federal. Nesta ampla paleta de áreas que envolve esta garantia constitucional, vislumbra-se a demasiada importância do profissional de odontologia dentro do ambiente hospitalar.

Vários hospitais já possuem redes e residências multidisciplinares onde o dentista já é um profissional habitual, trabalhando no tratamento e monitoramento de pacientes internados, especialmente na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), nas alas de gestantes, de pacientes com doenças cardíacas, idosos, crianças, entre outros grupos. Mas isso não ocorre na maioria dos hospitais do Brasil, por óbvio, uma vez que não existe lei expressa que obrigue as instituições a implementarem cargos de profissionais odontológicos. Porém, existem dois projetos de lei, aguardando por aprovação do Senado Federal, visando mudar este cenário, eis que seus conteúdos, suas argumentações jurídicas e científicas serão desenvolvidas ao longo do trabalho. Um verdadeiro caso de envolvimento multidisciplinar.

1 SAÚDE BUCAL COMO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

Na esteira da evolução gradual dos direitos fundamentais é de extrema relevância a ideia histórica e circunstancial de que eles surgiram para limitar o poder estatal, como uma oposição do indivíduo soberano, não raras vezes agindo com abuso de poder, ocupando a espera particular do indivíduo. Este, indubitavelmente foi o traço básico peculiar à história dos direitos fundamentais e, por óbvio, dos direitos individuais aos sociais.

Direitos fundamentais, à priori, referem-se a concepção do mundo, constando da ideologia política de cada ordenamento jurídico. São reservados no nível do direito positivo, àquelas prerrogativas que eles concretizam ou à garantia de uma convivência digna, livre e igual entre todos os membros de uma sociedade. Neste sentido:

Trata-se de situações jurídicas que sem as quais a pessoa humana não se realiza, não convive e, às vezes, nem mesmo sobrevive; fundamentais no homem no sentido de que todos, por igual, devem ser não apenas formalmente reconhecidos, mas correta e materialmente efetivados (SILVA, 2006, p. 159).

No caso da saúde, existe uma dualidade explícita entre dimensões dos direitos fundamentais: primeiramente, a saúde tem uma conotação essencialmente individual quando o papel do Estado é de proteger a vida do indivíduo contra epidemias, ataques externos, demais adversidades ou simplesmente não violar a integridade física dos indivíduos enquanto preconiza a vedação à tortura e à violência física, devendo reparar o dano na violação deste direito, através da responsabilidade civil. Na segunda dimensão, a saúde passa a ter um viés social quando ao Estado cumpre, na busca da igualdade social, prestar os serviços de saúde pública, construir hospitais, fornecer medicamentos, em especial para pessoas mais carentes.

O direito à saúde, por estar inserido entre os direitos fundamentais sociais, se configura como um dos elementos que marcaram a passagem do constitucionalismo liberal para o constitucionalismo social. Ademais, o Estado Democrático de Direito, tem a função de dar a garantia e eficácia de direitos aos cidadãos e, aqui, os direitos fundamentais configuram-se como pressuposto para a vida de qualquer ser humano, pois sem estes, não há dignidade humana. Nesta linha, o direito à saúde se consubstancia em um direito público subjetivo, exigindo do Estado atuação positiva para a sua eficácia e garantia (HUMENHUK, 2004).

Partindo da ideia de que o conceito de necessidade está em constante mutação social sendo um construto pessoal, assim, algumas necessidades básicas evidenciam-se e tornam-se consensuais para o conjunto da população, como por exemplo: saúde pública. Nesta linha, políticas públicas de saúde são criadas e na teoria miram alcançar maior benefício (aspecto qualitativo) para um maior número de pessoas (quantitativo). O discurso de saúde pública e as perspectivas de

redirecionar as práticas de saúde, a partir das duas últimas décadas, vêm articulando-se em torno da ideia de promoção de saúde.

O direito fundamental à saúde foi positivado no Brasil como direito social a partir da Constituição Federal de 1988, de forma ampla no art. 6º, e de forma mais específica no Capítulo da Ordem Social, dos artigos 196 a 200, entre outras passagens no texto constitucional.

Art. 196, CRFB/1988. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (PLANALTO, 1988 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).

A partir desta premissa, o Estado democrático como um órgão contemporâneo representativo e distribuidor de justiça social encara o desafio de encontrar sempre novas maneiras de administrar os serviços sociais básicos a todos os seus cidadãos, de modo a atendê-los em suas necessidades.

Os direitos fundamentais são a um só tempo direito objetivo e subjetivo. Restam subjetivos quando garantem um direito individual e impõem um dever estatal de assegurar tal direito. “São direitos objetivos porque integram o ordenamento jurídico objetivo da coletividade” (HESSE, 1998, p. 228).

Entende-se que há grande conhecimento e consciência, nos dias de hoje, da importância da saúde bucal, não somente para os benefícios orais, mas também para a saúde do corpo como um todo, evitando doenças, infecções mais graves e enfermidades hospitalares. Portanto, pensa-se que é essencial que existam profissionais da odontologia de forma permanente nos hospitais, para que esta prevenção e tratamento aconteçam e neste sentido, como um direito social de saúde pública, este aprimoramento do atendimento hospitalar, passa a ser um direito fundamental de todo cidadão brasileiro.

Afirma Bobbio (2000) que os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias e de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas.

O desenvolvimento da Odontologia Hospitalar na América se dá com muita resistência e esforço a partir da metade do século XIX, com o especial empenho dos Drs. Simon Hullihen e James Garrestson. Um tempo depois, este instituto alcança o

apoio da Associação Dental Americana e o respeito da comunidade médica (CILLO, 1996).

Já no Brasil, a Odontologia Hospitalar em 2004 encontra sua legitimação com a criação da Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar (ABRAOH). Já em 2008, foi decretada a Lei n. 2776/2008 (2008, www.camara.gov.br) e apresentada à Câmara dos Deputados do Rio de Janeiro, que obriga a presença de dentista nas equipes multiprofissionais hospitalar e nas UTIs. Bem como, aguarda desde 2016 na Secretaria Legislativa do Senado Federal para aprovação deste, o Projeto de Lei da Câmara n. 34/2013 (2016, www25.senado.leg.br), que busca tornar obrigatória a prestação de assistência odontológica a pacientes em regime de internação hospitalar, aos portadores de doenças crônicas e, ainda, aos atendidos em regime domiciliar na modalidade *home care*³.

Entende-se que um melhor resultado para todos os pacientes e para os profissionais do ambiente hospitalar, dá-se quando os procedimentos realizados neste ambiente procedem através da formação de uma equipe multidisciplinar, quando a responsabilidade dos procedimentos é dividida entre médicos, cirurgiões-dentistas, e toda equipe assistente. Faz-se muito importante tal comunicação multidisciplinar para proporcionar uma boa estadia ao paciente internado.

Embora a equipe de enfermagem realize procedimentos de higiene bucal em pacientes hospitalizados e incapazes de realizá-los, o esforço e as técnicas são limitadas e pouco eficientes.

Sair da zona de conforto, representada por procedimentos simples, em pacientes saudáveis ou ligeiramente comprometidos, em consultórios confortáveis, ergonômicos e planejados, é um dos desafios enfrentados pelo cirurgião-dentista que sai deste ambiente para atuar em hospitais. No ambiente hospitalar, a realidade é muito mais complexa do que a rotina de um consultório odontológico (PIMENTEL, 2011, <http://medicinaoral.org.blog/2010/10/19/odontologia-hospitalar-o-novo-paradigma-do-hospital-central-do-exercito>).

A Odontologia não deve se isolar de outras profissões da saúde, e sim compartilhar a sua responsabilidade com outros profissionais como o médico, com ênfase na cirurgia e na profilaxia pré e pós-operatória. A princípio, a prática das profissões da área da saúde teve como objetivo diagnosticar e promover o

³ Tradução livre: tratamento domiciliar.

tratamento das enfermidades. Portanto, segundo Queluz e Palumbro (2000), as profissões da saúde, assim incluindo o cirurgião-dentista, buscam de forma paulatina a promoção de saúde como um todo, para tanto, é necessário uma gama de equipes multidisciplinares.

No ambiente hospitalar, o paciente internado precisa ser monitorado e os cirurgiões-dentistas têm o papel fundamental na avaliação da saúde oral, dando credibilidade à ideia de que estas avaliações são essenciais para os cuidados da saúde geral e no atendimento ao paciente como um todo, o que pode ser verificado no ponto seguinte deste trabalho.

2 ODONTOLOGIA HOSPITALAR: URGÊNCIA E BENEFÍCIOS DO CARÁTER OBRIGATÓRIO

A cavidade oral apresenta aproximadamente 400 espécies bacterianas distintas, além dos demais microorganismos, como: fungos, vírus e protozoários. Entre estes, a maior população são de bactérias onde em 1 mg de biofilme dentário na cavidade oral encontra-se aproximadamente 100 milhões de bactérias. Destas, pode-se citar: *Streptococcus salivaris*, *Streptococcus sanguis*, *Streptococcus mitior*, *Streptococcus milleri*, *Streptococcus mutans*, *Lactobacillus sp.*, *Actinomyces sp.*, *Fusobacterium sp.*, *Capnocytophaga*, *Treponema sp.*, *Prevotella melaninogenica*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* e *Veillonella* (NISENGARD, 1997; JORGE, 1998; UZEDA, 2002; LINDHE, 2005).

A partir desta constatação, pode-se afirmar que a cavidade bucal é um reservatório de patógenos que podem ser saprófitas, tornar-se patogênicos ou entrar na corrente sanguínea, causando lesões e doenças em outras partes do corpo humano (NISENGARD, 1997; JORGE, 1998; UZEDA, 2002).

Neste contexto, entres as doenças orais que esses microorganismos causam na cavidade oral, cita-se: a doença cárie, esta que é uma doença infecciosa causando a desmineralização da estrutura dentária; as doenças endodônticas, que afetam o tecido pulpar dentário levando à pulpite ou quadros de abscesso endodôntico; as lesões fúngicas como candidíase; as lesões virais como herpes e a doença periodontal, a que afeta os tecidos gengivais, levando a quadros de gengivite,

periodontite ou abscessos periodontais (REGEZI e SCIUBBA, 1991; MEZZOMO, 1997; LINDHE, 2005; WOLF, 2006).

Sendo assim, a boca se torna uma porta de entrada para vários patógenos que podem causar doenças orais ou infectar outros órgãos através da ação direta dos microorganismos ou seus substratos, como toxinas e citocinas do processo inflamatório, que ao entrarem pela via hematogênica causam bacteremias que podem ser fator de risco para várias doenças que afetam o corpo humano. Dentre essas doenças que podem ser influenciadas por microorganismos e infecções orais pode-se citar: as pneumonias, as cardiopatias isquêmicas (infarto agudo do miocárdio ou angina), as endocardites infecciosas, a diabete, e podendo até interferir na ocorrência de partos prematuros em gestantes (SONIS, 1996; ROSE, 2002; CASTELO, 2003; ROSE, 2007; SCULLY, 2009).

Estando ciente dessa constatação, de que a cavidade oral é um ecossistema de milhares de microorganismos e que essa quantidade está diretamente relacionada com o tipo de alimentação, higiene oral e sistema imunológico dos indivíduos, afirma-se que os pacientes hospitalizados encontram-se suscetíveis a doenças que possam ser agravadas por esses patógenos.

Neste aspecto, entra a importância da atuação do cirurgião dentista frente à equipe multidisciplinar que compõe um hospital com: enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, educadores físicos, farmacêuticos entre outros.

A atuação do cirurgião dentista neste ambiente seria diretamente na atenção à saúde bucal dos que estão em regime de internação hospitalar, contemplando os pacientes internados nas diversas alas como: pediatria, maternidade, geriatria, oncologia, unidade de terapia intensiva (UTI), pronto-atendimento (PA), entre outras. Sendo que a atuação nas unidades de terapia intensiva (UTIs) é de grande relevância para a melhora e a rápida recuperação desses pacientes.

Na UTI, o cirurgião dentista deve, seguindo o protocolo de higienização oral da Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB (2013, www.amib.org.br), implementar a rotina de higienização bucal por equipe interprofissional-enfermagem e odontologia; manter a cavidade bucal limpa; reduzir a colonização da orofaringe e, conseqüentemente, evitar a contaminação da traqueia; controlar o biofilme dentário na cavidade oral; hidratar os tecidos intra e peribucal; detectar focos infecciosos, lesões de mucosa, presença de corpo estranho, dor em região orofacial ou

dificuldade na movimentação dos maxilares; diminuir o risco de infecção respiratória, devido ao conteúdo presente na cavidade bucal e proporcionar conforto e bem estar ao paciente.

Com essa rotina diária, os resultados alcançados são: controle efetivamente do biofilme na cavidade oral; padronização dos procedimentos de rotina e dos materiais/soluções empregados na higiene oral de pacientes graves ou críticos; contribuição de maneira decisiva para a diminuição do risco de pneumonia nosocomial (adquirida em ambiente hospitalar); diagnóstico e prevenção de lesões bucais e DTM (disfunção temporomandibular); identificação e eliminação de focos infecciosos; contribuição na diminuição do tempo de internação/permanência leito, racionalização do uso de antibióticos e melhora na assistência ao paciente grave ou crítico implicando melhoria dos indicadores (AMIB, 2013, www.amib.org.br)

Ocorre com muita frequência que o paciente internado na UTI necessita de suporte de oxigênio, uma vez que não consegue respirar espontaneamente por vias normais e assim, é entubado pela traqueia, por onde é fornecido o oxigênio através de um aparelho de ventilação mecânica. Tanto o processo de entubação, quanto a manutenção do período que o paciente fica sob ventilação mecânica, pode favorecer que microorganismos da cavidade oral como bacilos gram-negativos e *Staphylococcus aureus* possam ser aspirados para os pulmões do paciente e levar a um quadro grave de pneumonia (ROSE, 2002; ROSE, 2007; SCULLY, 2009; KUYAMA, 2010; OLIVEIRA, 2011).

Essa doença, chamada de pneumonia adquirida por ventilação mecânica (PAV), deve ser diferenciada das pneumonias comunitárias, pois a PAV é adquirida após 48 horas que o paciente foi submetido à entubação endotraqueal. Já a pneumonia comunitária é aquela em que o paciente adquiriu fora do ambiente hospitalar e ou adquirida no período menor de 48 horas de entubação. Assim é de extrema importância para a equipe que trabalha no ambiente hospitalar da UTI, tal como o cirurgião dentista, para que haja controle das infecções orais, o acúmulo de secreção e o biofilme dentário bacteriano desses pacientes que estão sob ventilação mecânica na região da cavidade oral e orofaringe (ROSE, 2007; KUYAMA, 2010; OLIVEIRA, 2011; SANTI, 2016; SILVA, 2017).

Com essa atuação, diminui-se consideravelmente a incidência de PAV e, conseqüentemente, uma recuperação mais rápida do paciente da UTI, diminuindo assim, a incidência de óbitos por essa infecção grave, diminuição de prescrição de

antibióticos caros de última geração e diminuição dos custos hospitalares para manutenção do paciente internado na UTI.

Fora da UTI, o cirurgião dentista também tem atuação indispensável, como na pediatria, geriatria, pronto atendimento e cardiologia, sempre controlando as infecções orais e orientando a higienização bucal desses pacientes internados, além dos atendimentos aos procedimentos de urgência que possam estar com alguma dor de origem bucal.

Na cardiologia, o cirurgião dentista irá atuar no tratamento e controle das infecções orais, principalmente as que estão relacionadas à doença periodontal. Pois já é de conhecimento que a periodontite crônica se torna um fator de risco para o desenvolvimento de cardiopatias isquêmicas como: o infarto agudo do miocárdio (IAM) e as anginas. Esse processo ocorre, pois os microorganismos da doença periodontal e os subprodutos do processo inflamatório, como as citocinas pró-inflamatórias (*TNF*, interleucina-1), irão contribuir para que ocorra uma lesão no endotélio vascular podendo colaborar para o desenvolvimento da placa de ateroma (aterogênese) (ROSE, 2002; CASTELO, 2003; ROSE, 2007). Devido a isso, a atuação do odontólogo é de suma importância para os pacientes cardiopatas, além do controle também dos pacientes que possuem próteses valvulares cardíacas, que devem estar monitorados em relação a infecções orais devido ao risco aumentado à endocardite bacteriana (SONIS, 1996; ROSE, 2002; ROSE, 2007; SCULLY, 2009).

Outra área na qual o dentista tem presença essencial em nível hospitalar é na oncologia. Os pacientes que estão principalmente em tratamento de radioterapia na região de cabeça e pescoço para tratamento de neoplasias nesse local, devem estar a todo momento sendo monitorados pelo cirurgião dentista (ROSE, 2002; ROSE, 2007; SCULLY, 2009; ROLIM, 2011).

O tratamento radioterápico é uma modalidade de tratamento que consiste na utilização de energia ionizante eletromagnética ou corpuscular, capaz de interagir com os tecidos no tratamento de neoplasias malignas. Com isso acabam danificando as células malignas, diminuindo o tumor ou eliminando por completo. Só que se sabe que a radioterapia não atinge somente as células malignas, mas também atinge as células e tecidos saudáveis do paciente causando lesões e ou propiciando que infecções orais possam se estabelecer (ROLIM, 2011).

Assim, várias são as doenças e sequelas, que causam dor e desconforto, e que podem acometer o paciente em tratamento de radioterapia na região orofacial,

como: mucosite, hipogeusia e disgeusia, lesões fúngicas como candidíase, lesões herpéticas, xerostomia, cáries de radiação, doença periodontal, osteorradioneecrose e trismo. Com isso, o paciente oncológico submetido à radioterapia de cabeça e pescoço deve ter o acompanhamento do cirurgião dentista no pré, trans e pós tratamento radioterápico para manter a saúde oral, promovendo um protocolo que minimize as sequelas e melhore a sua qualidade de vida (ROSE, 2007, SCULLY, 2009, ROLIM, 2011).

3 PROJETO DE LEI 2776 E PROJETO DE LEI 34/2013 COMO POLÍTICAS PÚBLICAS PRECONIZANDO A EVOLUÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL

Políticas públicas são realizadas através de um conjunto de disposições, medidas, normas e procedimentos que, segundo Lopes (2010), objetiva orientar a política estatal e regular as atividades governamentais em prol da sociedade. A partir na institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), vários profissionais vêm discutindo sobre objetivos e práxis do sistema, entre umas das novas teses construídas está a implantação de uma rede multidisciplinar. Neste trabalho, focalizando a atenção para políticas públicas de saúde pública voltadas para a cristalização do atendimento odontológico humanizado no ambiente hospitalar.

A implantação da Odontologia Hospitalar inclui odontólogos em serviços de saúde, almejando benefícios à sociedade em geral e a abertura de novo mercado de trabalhos para os profissionais da odontologia. “A odontologia avançou como um todo, não somente com técnicas e materiais avançados, mas também em conhecimentos biológicos de como funcionam as estruturas dentais” (CASTELO, 2008, p. 159).

O Projeto de Lei nº 2.776/08 do ex-deputado federal Neilton Mulim (PR/RJ), que torna obrigatória a presença de dentistas em todas as unidades de UTIs, fora aprovado em 2013 por unanimidade pelo Senado Federal. Este projeto, apenas aguarda sanção presidencial. Entretanto, ainda há alguns impasses para a implantação do projeto em alguns estados.

Embora a presença de um cirurgião especializado em buco-maxilo para atendimento de pessoas vítimas de traumas, tumores da face e outros problemas desta magnitude já seja uma realidade em hospitais terciários, o fato é que, nas

UTIs, onde os pacientes estão mais fragilizados e permanecem por mais tempo, o dentista passa a ser imprescindível.

A fins de complementação, também cita-se o Projeto de Lei da Câmara n. 34/2013, de igual autoria do ex-deputado federal Neilton Mulim, que ainda aguarda posicionamento do Senado Federal quanto a sua aprovação, na explicação da ementa consta:

Obriga a prestação de assistência odontológica a pacientes em regime de internação hospitalar, aos portadores de doenças crônicas e, ainda, aos atendidos em regime domiciliar na modalidade *home care*. Dispõe que nos hospitais públicos ou privados em que existam pacientes internados ou classificados em uma destas situações previstas será obrigatória a presença de profissionais de odontologia para os cuidados da saúde bucal do paciente. A obrigatoriedade de que trata o caput deste artigo alcança apenas os hospitais públicos ou privados de médio ou grande porte. Dispõe que aos pacientes internados em unidade de terapia intensiva – UTI a assistência odontológica será prestada obrigatoriamente por cirurgião-dentista e nas demais unidades por outros profissionais devidamente habilitados para atuar na área, supervisionados por um odontólogo. Estabelece que a aplicação de penalidade em virtude do descumprimento desta lei será disposta em Regulamento. Esta lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial. SENADO FEDERAL (2016, www.25senadofederal.leg.br)

Este projeto já fora aprovado em 2016 pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS), na forma de substitutivo da relatora, senadora Ana Amélia Lemos (PP/RS), que então passou para a análise do Plenário do Senado, e assim o aguarda. Se aprovado em Plenário, o texto voltará ao exame da Câmara dos Deputados, em face das mudanças do Senado.

O projeto necessitou de retornar à comissão em razão de emenda apresentada em Plenário. A emenda, rejeitada pela CAS, restringia a obrigatoriedade da assistência odontológica aos pacientes com problemas de saúde bucal.

Votando a favor do projeto, a relatora observou que o principal objetivo do Projeto de Lei 34/2013 é evitar infecções hospitalares, que sempre foi um grave problema em hospitais brasileiros. A proposta também inclui a assistência odontológica no atendimento e internação domiciliares no Sistema Único de Saúde (SUS). O texto da relatora estabelece, ainda, que os planos de saúde que incluam internação hospitalar devam cobrir a assistência odontológica aos pacientes internados (SENADO FEDERAL, 2016, www12.senado.leg.br).

No projeto original, do ex-deputado Neilton, existia a obrigatoriedade de assistência odontológica a todos os pacientes com doenças crônicas, internados ou

não. A relatora na CAS retirou esta exigência, com o argumento de que nem todas as doenças crônicas são graves a ponto de impedir o deslocamento do paciente para um ambulatório ou consultório odontológico. Mas ainda, pacientes tetraplégicos, com várias fraturas ou com traumatismos podem ficar temporária ou definitivamente impossibilitados de se deslocar (SENADO FEDERAL, 2016, www12.senado.leg.br). Ainda, a proposta de Neilton Mulin também restringia a obrigatoriedade de prestar assistência odontológica a hospitais públicos e privados de médio e grande porte. O substitutivo de Ana Amélia Lemos obriga a assistência ao paciente internado em qualquer unidade de saúde.

O presente projeto tem como seu último local, ao consultar a pesquisa pública no site no Senado Federal, a Secretaria Legislativa do Senado Federal; e como seu último estado: pronto para deliberação do plenário. Então, resta aos cidadãos que aguardem pela sanção do Projeto de Lei 2.776 de 2008 e a aprovação do Senado Federal pelo Projeto de Lei 34 de 2013. Ambos instrumentos que marcam grande evolução no campo hospitalar e odontológico.

As melhoras no âmbito da saúde bucal e corporal, no crescimento da grade curricular dos cursos de Odontologia, e na diminuição dos gastos públicos com saúde, restam precisas e claras ao longo do presente trabalho. A população ganha muito com a aprovação de ambas legislações. Sugere-se que a sociedade civil organizada, as instituições hospitalares e os profissionais de odontologia pressionem as autoridades e os entes de quem dependem estes projetos, a fim de acelerar a implantação da Odontologia Hospitalar e forma ampla e eficaz, contribuindo para a dignidade de todos os pacientes.

CONCLUSÃO

Pode-se afirmar que a saúde no Estado Democrático brasileiro é direito de todos e dever estatal vinculante, não só através dos poderes públicos, mas também aos particulares e a toda sociedade, e dada a complexidade das questões sanitárias, para que estas existam de forma eficaz (efetividade do direito à saúde), exige-se que participem e colaborem todos: poderes públicos e cidadãos. Da mesma forma, a sociedade civil organizada e as instituições de caráter assistencial. Tudo em reverência do bem jurídico maior: a existência humana digna, o grande fundamento da democracia.

O controle de focos de infecções bucais pode indiretamente contribuir para a diminuição dos índices de infecção hospitalar, redução do tempo de internação, diminuição do uso de antibióticos, maior disposição de leitos para indivíduos que necessitam efetivamente de internações em unidade de terapia intensiva, além de corroborar a Odontologia ao serviço de saúde colhendo benefícios para as instituições de saúde e a sociedade civil em geral.

A partir da obrigatoriedade da Odontologia Hospitalar, abre-se uma gama de situações que podem vir a colaborar para a expansão da Odontologia com a possibilidade de novos mercados para os cirurgiões dentistas. Também há de se considerar a implantação da atividade na grade curricular do curso de Odontologia e a divulgação da relação entre doenças bucais e doenças sistêmicas permitindo o trabalho focado também na prevenção.

Desta forma, o aluno de graduação, como um futuro cirurgião-dentista, durante a sua formação acadêmica deve ser incentivado e ser preparado para o manejo do paciente em nível hospitalar. As faculdades de Odontologia devem mostrar aos seus alunos a importância da inserção da Odontologia Hospitalar, formando indivíduos mais preocupados em atender o paciente de uma forma mais segura, humana e com uma visão de amplitude multidisciplinar.

Ademais, conclui-se que o papel do dentista que trabalha no Pronto Atendimento (PA), da mesma forma deveria ser regulado por lei. Esta área constitui-se como um dos braços da Odontologia Hospitalar, porém não encontra-se nos projetos de lei a obrigatoriedade do plantão 24 (vinte e quatro) horas do profissional odontológico na modalidade do Pronto Atendimento. Entende-se que é de suma importância a presença deste nos hospitais, diagnosticando patologias orais sérias e sanando a dor.

Tratar a Odontologia Hospitalar como um dever é o novo paradigma. Ter uma nova visão e mais ampla para o profissional odontólogo faz-se necessária, expostos todos os benefícios desta implantação, ao longo do trabalho. Conclui-se assim, que a saúde bucal integra o direito fundamental à saúde e encontrará sua devida obrigatoriedade e positivismo através da aprovação e sanção dos Projetos de Lei nº 2.776/2008 e nº 34/2013.

REFERÊNCIAS

AMIB- Associação de Medicina Intensiva Brasileira. **Protocolo de higienização oral da AMIB**. 2013. Disponível em: <www.amib.org.br> Acesso em: 23 abr 2018.

BOBBIO, Norberto. **Teoria geral da política: a filosofia política e as lições dos clássicos**. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de lei n. 2776 de 2008. Estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia nas unidades de terapia intensiva e dá outras providências**. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=383113>>. Acesso em: 23 abr 2018.

CASTELO, Edilson F. **Associação epidemiológica entre as periodontites crônicas e as cardiopatias isquêmicas: estudo realizado na cidade de Santa Cruz do Sul – RS**. Dissertação mestrado. C.P.O. São Leopoldo Mandic. Campinas. 2003.

_____, et al. **Cirurgia plástica periodontal associada à prótese dental**. In: SERPA, A. R. Periodontia e Dentística: informações científicas para o leigo. São Borja: Editora Conceito, 2008. P. 159-163.

CILLO, J. E. **The development of hospital dentistry in America – the first one hundred years (1850-1950)**. J. Dent. Vol 44, 1996, 105-109.

HESSE, Konrad. **Elementos de Direito Constitucional**. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 1998.

HUMENHUK, Howerston. **O direito à saúde no Brasil e a teoria dos direitos fundamentais**. Jus Navegandi. Nº 227, ano 9. Teresina, 2004. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/4839>>. Acesso em 23 abr 2018.

JORGE, Antonio Olavo Cardoso. **Microbiologia bucal**. 2. ed. São Paulo: Santos, 1998.

KUYAMA, K.; SUN, Y.; YAMAMOTO, H. **Aspiration pneumonia: With special reference to pathological and epidemiological aspects, a review of the literature**. Japanese Dental Science Review. Vol 46, 2010. P. 102-111.

LINDHE, Jan; LANG, Niklaus P.; KARRING, Thorkild (Coord.). **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MEZZOMO, Elio. **Reabilitação oral: para o clínico**. 3ª ed. São Paulo: Santos, 1997.

NISENGARD, R. J.; NEWMAN, M. G. **Microbiologia oral e imunologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

OLIVEIRA, T.F.L.; et al. **Fatores associados à pneumonia nosocomial em indivíduos hospitalizados.** Revista da Associação Médica Brasileira. Vol 57, 2011. P. 630-636.

PIMENTEL, P. **Odontologia Hospitalar: o novo paradigma do Hospital Central do Exército.** Disponível em: <<http://medicinaoral.org.blog/2010/10/19/odontologia-hospitalar-o-novo-paradigma-do-hospital-central-do-exercito>>. Acesso em: 20 abr 2018.

PLANALTO. **Constituição da República Federativa do Brasil.** 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao .htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 22 abr 2018.

QUELUZ, D. P.; PALUMBRO, A. **A integração do odontólogo no serviço de saúde em uma equipe multidisciplinar.** JAO. Vol 3. 2000. P. 40-46.

REGEZI, J.H.; SCIUBBA, J.J. **Patologia bucal: correlações clinicopatológicas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

ROLIM, A.E.H.; COSTA L.J.; RAMALHO L.M.P. **Repercussão da radioterapia na região orofacial e seu tratamento.** Radiol. Bras. Vol. 44, 2011. Nov/Dez. P. 388-395.

ROSE, Louis R. et al. **Periodontia: medicina, cirurgia e implantes.** São Paulo: Santos Editora, 2007.

_____. **Medicina Periodontal.** 1. ed. São Paulo: Santos Editora, 2002.

SANTI, S. S.; SANTOS, R.B. **A prevalência da pneumonia nosocomial e sua relação com a doença periodontal: revisão de literatura.** Revista da Faculdade de Odontologia, Passo Fundo. Vol 21, p. 260-266.

SCULLY, Crispian. **Medicina oral e maxilofacial: bases do diagnóstico e tratamento.** 2. ed. Rio de Janeiro: Churchill Livingstone, 2009.

SENADO FEDERAL. **Projeto de Lei da Câmara n. 34, de 2013. Torna obrigatória a prestação de assistência odontológica a pacientes em regime de internação hospitalar, aos portadores de doenças crônicas e, ainda, aos atendidos em regime domiciliar na modalidade home care.** Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/112975>>. Acesso em: 28 abr 2018.

SILVA I.V.S.; et al. **A importância dos odontólogos na rede hospitalar: um enfoque sobre a unidade de terapia intensiva.** Odontol. Clínica-Científica. Vol. 16, 2017. P. 79-84.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo.** 27^a ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

SONIS, S. T.; et al.. **Princípios e prática de medicina oral.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

UZEDA, Milton de. **Microbiologia oral: etiologia da cárie, doença periodontal e infecções endodônticas**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002.

WOLF, H. F.; RATEITSCHAK, E. M.; RATEITSCHAK, K. H. **Periodontia**. 3^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.