



NOTA INFORMATIVA

Fluoretação das Águas de Abastecimento Público no Ceará: Marcos Regulatórios, Vigilância e Impactos na Saúde Bucal

Nº 01 | 23/03/2026



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

APRESENTAÇÃO

Governador do Estado do Ceará
Elmano de Freitas da Costa

Secretária da Saúde do Ceará
Tânia Mara Silva Coelho

**Secretário Executivo de
Vigilância em Saúde**
Antonio Silva Lima Neto

**Coordenadora de Vigilância Ambiental
e Saúde do Trabalhador
e Trabalhadora**
Roberta de Paula Oliveira

**Orientadora da Célula de Vigilância
Ambiental em Saúde**
Úrsula de Sousa Caminha

Organização e Elaboração
Maria Teresa Colares Freitas
Max Charlie Holanda Morais
Úrsula de Sousa Caminha



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

O Brasil é amplamente reconhecido no cenário internacional por incorporar o flúor como uma estratégia estruturante de saúde pública, voltada à prevenção de agravos bucais em escala populacional. No país, a fluoretação da água destinada ao consumo humano é obrigatória desde 1974, conforme legislação federal. Evidências consolidadas indicam que essa medida contribuiu de forma significativa para a redução da cárie dentária, com diminuição estimada entre 50% e 65% após períodos prolongados de exposição.

O flúor é um elemento naturalmente presente no ambiente, com reconhecida ação protetora sobre os dentes. Sua atuação se dá principalmente pelo fortalecimento do esmalte dentário e pela capacidade de favorecer a remineralização, revertendo perdas minerais causadas pela ação de ácidos produzidos no metabolismo alimentar.

Embora o flúor também seja amplamente utilizado de forma tópica, como em cremes dentais, a literatura científica aponta que a exposição contínua, em baixas concentrações, por meio da água de consumo, apresenta maior efetividade coletiva. Esse efeito é particularmente relevante em crianças, durante as fases de formação e desenvolvimento dos dentes.

Dessa forma, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), através da Coordenadoria de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (COVAT), por meio da Célula de Vigilância em Saúde Ambiental (CEVAM) apresenta a presente **Nota Informativa** com o objetivo de orientar e qualificar as ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano acerca da fluoretação das águas de abastecimento público no estado, com foco no monitoramento dos teores de fluoreto e na garantia da segurança sanitária da água para consumo humano.

1. INTRODUÇÃO

A fluoretação das águas de abastecimento público é uma das estratégias de saúde pública mais eficazes e baratas para prevenir a cárie dentária em grandes populações. Ao adicionar pequenas quantidades de flúor à água potável, cria-se uma barreira contínua que protege o esmalte dos dentes de pessoas de todas as idades, independentemente de sua renda ou acesso a dentistas. No Brasil, essa prática deixou de ser apenas uma recomendação técnica e tornou-se obrigatória com a Lei Federal nº 6.050/1974, consolidando-se como um direito do cidadão e um dever das operadoras de saneamento que possuem Estação de Tratamento de Água (ETA).

A despeito da robustez do arcabouço normativo, a implementação e a manutenção dessa política enfrentam desafios heterogêneos nas dimensões estaduais e municipais. A eficácia da medida não depende apenas da adição do composto químico, mas de um sistema rigoroso de vigilância sanitária e heterocontrole, monitoramento realizado por entes distintos dos responsáveis pela operação do saneamento. Dados do Centro Colaborador do Ministério da Saúde (CECOL, 2020) indicam que, embora o Brasil apresente uma cobertura de aproximadamente 75% da população, ainda persistem disparidades regionais que comprometem o princípio da equidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

No Estado do Ceará, a trajetória da fluoretação reflete o processo de institucionalização das políticas de saúde bucal coletiva, intensificadas a partir da década de 1980 e fortalecidas por programas como o Brasil Sorridente. O acompanhamento da série histórica do índice CPO-D (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados) aos 12 anos de idade constitui o principal indicador para aferir o impacto epidemiológico dessas ações. Este documento propõe-se a analisar a evolução histórica e os marcos regulatórios da fluoretação no território cearense, investigando a correlação entre a continuidade da oferta de água fluoretada e a melhoria dos indicadores de saúde bucal na população escolar.

2. MARCOS REGULATÓRIOS DA FLUORETAÇÃO

INTRODUÇÃO

2.1 OS PILARES DA BASE JURÍDICA BRASILEIRA

A segurança química e a eficácia biológica da água de consumo no Brasil são sustentadas por um arcabouço normativo robusto, consolidado na década de 1970, que transformou a fluoretação de uma recomendação técnica em uma política de Estado obrigatória. A base dessa estrutura repousa sobre três pilares principais: a Lei nº 6.050/1974, o Decreto nº 76.872/1975, a Portaria 635/GM/1975 e a Portaria 888/GM/2021.

O primeiro marco legal, a Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974, estabeleceu a obrigatoriedade da fluoretação em todos os sistemas de abastecimento público que possuíssem Estação de Tratamento de Água (ETA). Esta lei foi fundamental para democratizar o acesso ao flúor, garantindo que a prevenção da cárie não ficasse restrita apenas às camadas da população com acesso a serviços odontológicos privados ou produtos de higiene específicos.

Complementando a lei, o Decreto nº 76.872, de 22 de dezembro de 1975, atuou na organização administrativa da medida. Ele definiu claramente as competências regulatórias, atribuindo ao Ministério da Saúde a responsabilidade de estabelecer as normas gerais, enquanto delegou às autoridades estaduais e municipais o papel executivo e a fiscalização direta do cumprimento dos teores de fluoreto. Este decreto institucionalizou a vigilância sanitária sobre as concessionárias de água, criando o suporte para o que hoje chamamos de heterocontrole.

A Portaria 635/GM, de 26 de dezembro de 1975, forneceu o rigor científico necessário à operação. Ela estabeleceu os padrões técnicos de concentração de íon fluoreto, introduzindo uma variável geográfica essencial: a temperatura média das localidades. A portaria determina que, em regiões mais quentes, onde o consumo de água por indivíduo é naturalmente maior, a concentração de flúor deve ser proporcionalmente menor para evitar o risco de fluorose. Inversamente, em regiões mais frias, a concentração deve ser ligeiramente elevada para garantir o efeito preventivo conforme detalhado no QUADRO 1.

QUADRO 1 – Limites recomendados para concentração de íon fluoreto

Média das temperaturas máximas diárias (°C)	Mínimo (mg/L)	Máximo (mg/L)	Ótimo (mg/L)
10,0 – 12,1	0,9	1,7	1,2
12,2 – 14,6	0,8	1,5	1,1
14,7 – 17,7	0,8	1,3	1,0
17,8 – 21,4	0,7	1,2	0,9
21,5 – 26,3	0,7	1,0	0,8
26,4 – 32,5	0,6	0,8	0,7

Fonte: Portaria GM/MS nº 635/1975

Enquanto os pilares normativos da década de 1970 estabeleceram a obrigatoriedade e as diretrizes básicas para a saúde pública no setor de saneamento, a regulação contemporânea da água para consumo humano no Brasil é regida pelo Anexo XX da Portaria de Consolidação nº 5/2017 do Ministério da Saúde, com as importantes alterações trazidas pela Portaria GM/MS nº 888, de 4 de maio de 2021. Este conjunto normativo consolidou as regras de vigilância e controle, reafirmando parâmetros essenciais de potabilidade e inserindo o monitoramento da água em um sistema rigoroso de gestão de riscos.

A Portaria GM/MS nº 888/2021 atua como o atual marco regulatório, definindo o que é considerado água potável e aplicando-se a toda água destinada à ingestão, preparação de alimentos e higiene pessoal. Para fins de monitoramento, a legislação classifica as fontes em três categorias com exigências específicas de amostragem: o Sistema de Abastecimento de Água (SAA), referente à rede pública convencional; a Solução Alternativa Coletiva (SAC), comum em condomínios e empresas com fontes próprias; e a Solução Alternativa Individual (SAI), voltada a domicílios isolados.

O cerne dessa regulação reside na definição dos Valores Máximos Permitidos (VMP) para substâncias químicas, físicas e biológicas. Para que a potabilidade seja atestada, a água deve atender simultaneamente a diversos padrões. O padrão microbiológico, indicador de risco agudo, exige a ausência total de *Escherichia coli* em 100 mL, enquanto a contagem de Coliformes Totais monitora a integridade do sistema. O padrão de turbidez exige níveis baixos (geralmente abaixo de 5,0 uT) para garantir a eficiência da desinfecção. Além disso, são considerados os padrões organolépticos (cor, gosto e odor) e os padrões químicos, que listam substâncias com potencial de risco crônico.

É nesse contexto dos padrões químicos que se insere a fluoretação. O fluoreto é classificado tecnicamente como uma substância que, embora apresente riscos se consumida em excesso, constitui um benefício essencial para a saúde bucal quando mantida em níveis controlados. O texto normativo fixa o VMP do fluoreto em 1,5 mg/L, em estrita consonância com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS). Paralelamente, a norma determina a obrigatoriedade da manutenção de Cloro Residual Livre (CRL) em toda a rede de distribuição, entre 0,2 mg/L e 5,0 mg/L, para assegurar a segurança microbiológica.

Para garantir o cumprimento desses índices, a legislação estabelece uma clara divisão de responsabilidades entre o Controle e a Vigilância. O controle da qualidade compete ao prestador do serviço, que deve realizar análises diárias, incluindo a medição do teor de fluoreto na saída do tratamento e em pontos estratégicos da rede. A vigilância, por sua vez, é operacionalizada pelas Secretarias de Saúde através do VIGIAGUA, que realiza o heterocontrole e fiscaliza o cumprimento das normas.

A Portaria nº 888/2021 também reforça a modernização do setor ao incentivar a transição para uma abordagem de gestão de risco através do Plano de Segurança da Água (PSA), identificando perigos desde a bacia hidrográfica até o ponto de consumo. Essa integração entre obrigatoriedade legal, fiscalização administrativa e precisão técnica permite que o Brasil mantenha, há cinco décadas, uma das políticas de saúde bucal coletiva e de segurança hídrica mais consistentes do mundo, imputando responsabilidades civis e criminais aos gestores que fornecerem água fora dos padrões estabelecidos.

3. O CENÁRIO DA FLUORETAÇÃO NO ESTADO DO CEARÁ INTRODUÇÃO

3.1 Evolução Histórica

A trajetória cearense é marcada pelo protagonismo da Cagece e da Funasa. O processo consolidou-se em 1989 com a implementação definitiva na ETA Gavião, responsável pelo abastecimento da Região Metropolitana de Fortaleza (CAGECE, 2022). Em 1994, a expansão atingiu o interior pela ETA Serra da Ibiapaba. Entre 2007 e 2012, o número de municípios beneficiados saltou de 28 para 106, cobrindo hoje cerca de 80% da população conectada à rede.

3.2 Vigilância e Heterocontrole

No Ceará, a operacionalização das diretrizes estabelecidas pela Lei nº 6.050/1974 e pela Portaria 635/GM/1975 é viabilizada pelo Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA). Implementado no estado em 2005, o programa é coordenado pela Célula de Vigilância em Saúde Ambiental (CEVAM), vinculada à estrutura da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA). O objetivo central dessa estrutura é garantir que a população tenha acesso a uma água que não apenas atenda aos padrões de potabilidade, mas que também funcione como um veículo de promoção da saúde bucal por meio do monitoramento rigoroso dos teores de fluoreto (XAVIER *et al.*, 2019).

Um dos avanços mais significativos no estado é a prática do heterocontrole sistemático, citado em relatórios do Projeto Vigifluor (Rede Brasileira de Vigilância da Fluoretação da Água de Abastecimento Público), coordenado pelo Centro Colaborador do Ministério da Saúde (CECOL). Esse mecanismo de controle independente é realizado pelo Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN-CE), que atua na análise das amostras de água de forma autônoma às empresas de saneamento, como a Cagece. Essa dupla verificação é essencial para mitigar os riscos de falhas operacionais, garantindo que as concentrações de íon fluoreto permaneçam dentro do intervalo "ótimo" de 0,6 mg/L a 0,8 mg/L, preconizado para o clima da região.

É de conhecimento dos envolvidos com a fluoretação das águas que, frente a dificuldades econômicas ou necessidade de diminuir custos, essa medida é a primeira a ser cogitada para suspensão (Narvai *et al.*, 2004). Acresce que alguns profissionais da área de saneamento não reconhecem sua eficácia preventiva e outros, por desconhecimento do método ou falta de conhecimentos científicos, consideram-na prejudicial à saúde humana. Assim, ainda que não expressem publicamente sua oposição à medida, agem para inviabilizá-la. Há, portanto, razões para admitir que, quando não há controle público, a fluoretação das águas pode ser interrompida sem que o fato seja percebido por seus efeitos imediatos. Decorre disso a

necessidade de se realizar vigilância sobre a execução da fluoreração

Nesse contexto, o Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA) desempenha um papel indispensável. Ele funciona como o repositório nacional de dados onde são registrados os resultados das análises de fluoretação realizadas tanto pelas concessionárias (autocontrole) quanto pela vigilância (heterocontrole). No Ceará, o SISAGUA permite que os gestores de saúde monitorem, em tempo real, se os teores de flúor estão em conformidade com o padrão estabelecido, facilitando a identificação de municípios que apresentam subdosagem ou excesso do íon.

Conforme diretrizes publicadas em 2017, a vigilância realizada por órgãos que não WHO, 2017) são responsáveis pelo tratamento e distribuição da água é a principal estratégia para assegurar sua qualidade. Isso pode ser feito por meio da auditoria dos dados de controle operacional gerados pelas empresas ou por coleta direta de amostras em pontos estratégicos da rede de distribuição. Assim, toda e qualquer água deve ter seu teor de fluoreto conhecido e avaliado antes de ser disponibilizada para consumo humano (Cecol/USP, 2011; Souza et al., 2013). No Brasil, a partir dos anos 1990, várias experiências de Vigilância Sanitária dos teores de fluoreto na água de abastecimento público, com base no heterocontrole (Narvai, 2000; Ramires et al., 2006; Scalize et al., 2018), foram documentadas (Kuhnen et al., 2020; Schneider-Filho et al., 1992; Venturini et al., 2016), demonstrando o seu efeito positivo na melhora da qualidade do ajuste da concentração do fluoreto visando ao máximo benefício em termos de prevenção da cárie dentária com o mínimo de risco para fluorose dentária (Frazão et al., 2018).

No Brasil, o controle da qualidade da água para consumo humano é atribuição do SUS. A gestão é compartilhada entre o âmbito federal, estadual e municipal sob as diretrizes do Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano (Brasil, 2005). Os procedimentos de controle são regulados por dispositivo normativo específico com sistema de informação (Oliveira Júnior et al., 2019) que integra prestadores dos serviços de abastecimento de água, laboratórios e os órgãos estaduais e municipais de vigilância sanitária ambiental. Cabe aos prestadores exercer o controle operacional tanto na saída do tratamento quanto na rede de distribuição, a fim de alcançar a estabilidade dos valores em torno do intervalo ótimo preconizado para prevenção da cárie em nível populacional.

Aos órgãos estaduais e municipais de vigilância sanitária e ambiental cabe manter e aprimorar o modelo de vigilância da qualidade da água adotado no País (Frazão et al., 2018). Apenas 40% dos municípios brasileiros têm alimentado de forma consistente o sistema de informação em relação ao parâmetro fluoreto desde 2008 quando a primeira avaliação foi publicada (Frazão et al., 2013). Dez anos depois, a implementação da política de vigilância em relação ao parâmetro fluoreto não se expandiu nos municípios mantendo-se um quadro de importante estagnação no País (Paulino et al., 2023).

Todavia, o fortalecimento desse sistema foi gradual. Embora o VIGIAGUA tenha se estruturado em 2005, a efetividade no acompanhamento laboratorial contínuo dos teores de flúor consolidou-se apenas a partir de 2014. Antes desse período, a variância dos teores entre diferentes municípios e ao longo do tempo em uma mesma localidade representava um desafio epidemiológico (RAMIRO *et al.*, 2018). Atualmente, a rede de vigilância cearense é considerada uma das mais robustas do Nordeste, fundamentada no sistema Vigifluor para a produção de indicadores anuais que orientam as políticas de saúde bucal e corrigem disparidades entre a capital e o interior.

3.3 Evolução da Saúde Bucal no Ceará: Uma Análise da Série Histórica (2010–2023)

A comparação dos dados epidemiológicos entre os levantamentos SB Brasil de 2010 e 2023 revela uma mudança significativa no perfil de saúde bucal da população cearense, evidenciando o impacto de longo prazo das políticas públicas e do saneamento.

O avanço mais expressivo foi registrado na infância. Aos 12 anos, idade considerada referência internacional, o índice CPO-D (média de dentes cariados, perdidos e obturados) recuou de 2,24 em 2010 para 1,50 em 2023. Essa variação representa uma queda de aproximadamente 33%, consolidando uma tendência de melhoria. Simultaneamente, houve um aumento relevante no número de crianças livres de cárie, que saltou de cerca de 40% em 2010 para 53,9% no último levantamento, indicando que mais da metade dessa população não apresenta sinais clínicos da doença.

À medida que se avança para a adolescência, na faixa de 15 a 19 anos, nota-se uma leve melhora no quadro, com o índice CPO-D passando de 4,60 para 4,10. Embora positivo, esse dado demonstra uma desaceleração nos ganhos de saúde em comparação à infância. Já entre os adultos de 35 a 44 anos, a redução foi acentuada, com o índice caindo de 16,50 para 11,80, o que sugere um maior acesso a tratamentos conservadores em detrimento das extrações que eram comuns no passado.

Por fim, o cenário entre os idosos (65 a 74 anos) permanece estável e crítico. O índice variou minimamente de 26,80 em 2010 para 26,10 em 2023. A manutenção desse patamar elevado reflete a herança histórica de um modelo de atenção odontológica focado na exodontia (extração), resultando em uma alta prevalência de perda dentária acumulada ao longo da vida dessa geração.

4. IMPACTO NOS ÍNDICES CPO-D (12 ANOS)

O impacto da fluoretação das águas no Ceará acompanhou a tendência de queda nos Índices CPO-D (12 anos) observada em âmbito nacional, consolidando-se como uma das intervenções de saúde pública mais eficazes na história do estado (NARVAI, 2006).

A idade de 12 anos é utilizada como o marco internacional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para monitorar a prevalência de cárie, pois nesta fase a dentição permanente já está presente em sua maioria, permitindo uma avaliação precisa do histórico da doença na infância.

Os dados mais recentes e oficiais sobre a saúde bucal no estado do Ceará provêm do levantamento SB Brasil 2023 (originalmente planejado como SB Brasil 2020, mas adiado e concluído em 2023 devido à pandemia).

Os resultados preliminares e finais divulgados pelo Ministério da Saúde (Secretaria de Atenção Primária à Saúde/Coordenação - Geral de Saúde Bucal) entre o final de 2023 e meados de 2024 mostram um cenário misto para o Ceará: o estado apresenta bons indicadores na infância (melhor que a média nacional), mas piora significativamente nas faixas etárias mais avançadas (adolescentes, adultos e idosos), superando a média nacional de gravidade de doenças bucais.

Como pode ser observado na Tabela 1, Série Histórica no Ceará: Evolução do Índice CPO-D (2010 e 2023) a evolução epidemiológica revela uma transformação profunda nos indicadores de saúde bucal ao longo desses anos em crianças de 12 anos.

A geração de 12 anos examinada no ciclo 2010-2023 representa a consolidação da exposição aos fatores de proteção instituídos pelas políticas nacionais de saúde bucal e fluoretação das águas de abastecimento. O declínio do índice CPO-D de 2,24 para 1,5 corrobora o impacto positivo dessas estratégias de saúde coletiva.

Qualitativamente, nota-se uma alteração na composição do índice CPO-D. Houve um deslocamento da prevalência do componente C (Cariado) para o componente O (Obturado), associado ao aumento da prevalência de indivíduos livres de cárie. Esses indicadores sugerem uma melhoria na resolutividade dos serviços de atenção primária e um maior acesso a procedimentos conservadores, mitigando a demanda por exodontias.



FONTE: Fortaleza, 2019.

Tabela 1- Evolução do Índice CPO-D (2010 e 2023)

Faixa Etária	Indicador	Ceará 2010	Ceará 2023	Variação / Tendência
12 anos	CPO-D Médio	2,24	1,50	Queda de ~33% (Melhora expressiva)
12 anos	Livres de Cárie	~40%	53,9%	Aumento (Mais crianças sem doença)
15-19 anos	CPO-D Médio	4,60	4,10	Leve Melhora
35-44 anos	CPO-D Médio	16,50	11,80	Queda acentuada (Menos extrações)
65-74 anos	CPO-D Médio	26,80	26,10	Estável (Alta prevalência de perda dental)

Fonte: SB Brasil 2020 (Vigência 2021–2023)

5. ANÁLISE REGIONAL E DESAFIOS

Municípios com fluoretação estável, como Fortaleza e Sobral, apresentam CPO-D entre 1,2 e 1,8. Em contrapartida, localidades sem o benefício ou dependentes de poços variam entre 2,5 e 3,8. A inobservância dos limites legais gera vulnerabilidade: níveis baixos resultam em perda do potencial preventivo; teores acima do limite permitido configuram risco de fluorose dentária. O grande desafio atual é a universalização para pequenas localidades e zonas rurais com infraestrutura limitada.

6. CONCLUSÃO

A trajetória legal e técnica da fluoretação no Ceará revela que a medida é um pilar do direito à saúde pública. A longevidade da Lei nº 6.050/1974 ratifica o consenso sobre sua eficácia. A manutenção desta política, sob rigoroso heterocontrole, permanece como a estratégia mais democrática para a redução das desigualdades sociais no acesso à saúde bucal e preservação da qualidade de vida da população.

Dados recentes do Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA) evidenciam, no entanto, importantes desafios na efetivação dessa política no estado. Em 2024, aproximadamente **62,71% da população cearense (5.790.392 pessoas)** era atendida por Sistemas de Abastecimento de Água (SAA). Contudo, apenas **39,77% dessa população (3.672.101 pessoas)** tinha acesso à água fluoretada, demonstrando uma cobertura ainda limitada dessa estratégia essencial de saúde pública .

Além da baixa cobertura, a qualidade da fluoretação também apresenta fragilidades. No primeiro quadrimestre de 2024, apenas **27,33% das amostras analisadas para o parâmetro fluoreto estavam em conformidade com o padrão de potabilidade**, indicando inconsistências na manutenção dos níveis adequados de flúor nos sistemas de abastecimento . Esse dado é particularmente relevante, pois evidencia que, mesmo nos locais onde há fluoretação, sua efetividade pode estar comprometida.

Observa-se ainda uma tendência de oscilação na cobertura ao longo dos anos. Em 2023, cerca de **63% da população atendida por sistemas de abastecimento tinha acesso à água fluoretada**, percentual superior ao observado em 2024, o que sugere possíveis descontinuidades ou fragilidades na operacionalização da política .

Esse cenário reforça a necessidade de fortalecimento das ações de vigilância, especialmente no que se refere ao monitoramento contínuo dos parâmetros de qualidade da água, à ampliação da cobertura da fluoretação e à garantia da conformidade com os padrões estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 888/2021.

Com a promulgação da Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023, que institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e incorpora formalmente a saúde bucal ao campo de atuação da Lei nº 8.080/1990, há um avanço significativo no reconhecimento da saúde bucal como componente indissociável da saúde integral. Essa mudança fortalece juridicamente as ações estruturantes já consolidadas, como a fluoretação da água, ao inseri-las em um escopo mais amplo de políticas públicas obrigatórias e integradas.

6. CONCLUSÃO

Nesse novo marco legal, a fluoretação deixa de ser apenas uma estratégia consolidada e passa a estar ainda mais respaldada como diretriz estruturante da política nacional de saúde, exigindo não apenas sua manutenção, mas também o fortalecimento dos mecanismos de vigilância, monitoramento e heterocontrole, especialmente no âmbito da Vigilância em Saúde Ambiental.

Dessa forma, a manutenção da fluoretação da água, sob rigoroso controle e com base em evidências científicas, reafirma-se como uma das estratégias mais democráticas e equitativas para a redução das desigualdades sociais no acesso à saúde bucal, contribuindo diretamente para a melhoria da qualidade de vida da população e para a efetivação do direito à saúde no SUS.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974.** Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1974.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2010:** Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF: MS, 2012.
- BRASIL. **Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023.** Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 maio 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14572.htm. Acesso em 27 de março de 2026.
- CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Boletim Epidemiológico:** Vigilância da Fluoretação da Água. Fortaleza: SESA/LACEN, 2018.
- CECOL USP. **Relatórios e Notas Técnicas sobre a Fluoretação da Água no Brasil.** São Paulo: FSP/USP, 2020.
- COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DO CEARÁ (CAGECE). **Relatório de Sustentabilidade e Qualidade da Água.** Fortaleza: Cagece, 2022.
- NARVAI, Paulo Capel. Dental caries and water fluoridation in Brazil, 1986-2003. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 40, n. 1, 2006.
- PUCCA JUNIOR, Gilberto Alfredo *et al.* Ten years of a National Oral Health Policy in Brazil. **Community Dentistry and Oral Epidemiology,** v. 43, n. 6, 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Oral Health Surveys: Basic Methods.** 5. ed. Geneva: WHO, 2013.
- XAVIER, M. S. *et al.* Vigilância da qualidade da água para consumo humano: a experiência do Ceará. **Sanare,** Sobral, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017.** Anexo XX: Procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade (redação dada pela Portaria GM/MS nº 888, de 4 de maio de 2021). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 888, de 4 de maio de 2021.** Altera o Anexo XX da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 85, p. 127, 7 maio 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais (SB Brasil 2020).** Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br>. Acesso em: 22 jan. 2026.



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE