

CURSO

Formação para Gerentes de Serviços
de Especialidades em Saúde Bucal

MÓDULO 2

Vigilância em Saúde Bucal

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira
Doralice Severo da Cruz Teixeira
Elza Bernardes Ferreira
Cadidja Dayane Sousa do Carmo
Judith Rafaelle Oliveira Pinho

(ORGS)



EDUFMA

Vigilância em Saúde Bucal



Reitor
Vice-Reitor

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Fernando Carvalho Silva
Prof. Dr. Leonardo Silva Soares



EDUFMA

EDITORA DA UFMA

Coordenadora

Dra. Suênia Oliveira Mendes

Conselho Editorial

Profa. Dra. Ana Caroline Amorim Oliveira
Prof. Dr. Carlos Delano Rodrigues
Profa. Dra. Débora Batista Pinheiro Sousa
Prof. Dr. Edson Ferreira da Costa
Prof. Dr. José Carlos Aragão Silva
Prof. Dr. José Ribamar Ferreira Junior
Prof. Dr. Luís Henrique Serra
Prof. Dr. Luiz Eduardo Neves dos Santos
Profa. Dra. Luma Castro de Souza
Prof. Dr. Márcio José Celeri
Profa. Dra. Maria Áurea Lira Feitosa
Profa. Dra. Raimunda Ramos Marinho
Prof. Dr. Ubiratane de Moraes Rodrigues
Bibliotecária Iole Costa Pinheiro



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Associação Brasileira das Editoras Universitárias



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International license.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento 4.0.

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira
Doralice Severo da Cruz Teixeira
Elza Bernardes Ferreira
Cadidja Dayane Sousa do Carmo
Judith Rafaelle Oliveira Pinho
(Organizadoras)

Paulo Frazão
(Autor)

Vigilância em Saúde Bucal

São Luís



EDUFMA

2025

© 2025 EDUFMA - Todos os direitos reservados.

Projeto Gráfico, Diagramação e Capa

Jackeline Mendes Pereira

Vital Amorim Vital

Revisão textual

Vitória Regina de Alencar Araújo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Vigilância em Saúde Bucal / Ana Emília Figueiredo de Oliveira... [et al.] (organizadoras); Paulo Frazão (autor) — São Luís: EDUFMA, 2025.
102 p.: il.

ISBN: 978-65-5363-470-1

1. Saúde bucal - Vigilância. 2. Vigilância - Práticas - Brasil. 3. Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. I. Oliveira, Ana Emília Figueiredo de. II. Teixeira, Doralice Severo da Cruz. III. Ferreira, Elza Bernardes. IV. Do Carmo, Cadidja Dayane Sousa. V. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira.

CDD 617.522
CDU 616.31-083:351.77

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Marcia Cristina da Cruz Pereira
CRB 13 / 418

COMO CITAR ESTE MATERIAL

Vigilância em Saúde Bucal/Ana Emilia Figueiredo de Oliveira... [et al.], organizadoras. Paulo Frazão, autor. — São Luís: EDUFMA, 2025.

©2025. Ministério da Saúde. Sistema Universidade Aberta do SUS. Fundação Oswaldo Cruz.

Alguns direitos reservados. É permitida a reprodução, a disseminação e a utilização desta obra, em parte ou em sua totalidade, nos termos da licença para usuário final do Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES). Deve ser citada a fonte e é vedada a sua utilização comercial.

EDUFMA | EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Av. dos Portugueses, 1966 – Vila Bacanga

CEP: 65080-805 | São Luís | MA | Brasil

Telefone: (98) 3272-8157

www.edufma.ufma.br | edufma@ufma.br

Créditos

Coordenação do Projeto

Elza Bernardes Ferreira

Coordenação-Geral da UNA-SUS/UFMA

Elza Bernardes Ferreira

Vice-Coordenação da UNA-SUS/UFMA

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Coordenação-Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde

Doralice Severo da Cruz Teixeira

Equipe Técnica Saúde Bucal do Ministério da Saúde

Alcir José de Oliveira Junior

Amanda Pinto Bandeira de Sousa Marques

Elber Lúcio Pietroni

Gustavo Vinícius do Nascimento Ribeiro

Joana Danielle Brandão Carneiro

João Victor Inglês de Lara

Marcus Vinicius Camargo Prates

Renato Taqueo Placeres Ishigame

San Diego Oliveira Souza

Sandra Cecília Aires Cartaxo

Thaís de Aguiar Pires

Bruna Eduarda de Oliveira

Lucas Breno Santana Gomes

Coordenação de Gestão de Projetos da UNA-SUS/UFMA

Deysianne Costa das Chagas

Coordenação de Produção Pedagógica da UNA-SUS/UFMA

Paola Trindade Garcia

Supervisão de Produção Pedagógica da UNA-SUS/UFMA

Karoline Corrêa Trindade

Coordenação de Ofertas Educacionais da UNA-SUS/UFMA

Juan Magalhães Paiva

Supervisão de Ofertas Educacionais da UNA-SUS/UFMA

Alessandra Viana Natividade Oliveira

Coordenação de Tecnologia da Informação da UNA-SUS/UFMA

Coordenador de Infraestrutura, Projetos e Dados

Osvaldo Silva de Sousa Junior

Supervisão de Produção da Tecnologia da Informação da UNA-SUS/UFMA

Jefferson Almeida Paixão

Professor-autor

Paulo Frazão

Validação Técnica

Joana Danielle Brandão Carneiro

Validação Pedagógica

Judith Rafaelle Oliveira Pinho

Revisão Textual

Vitória Regina de Alencar Araújo

Design Instrucional

Samira Vasconcelos Gomes

Design Gráfico

Jackeline Mendes Pereira

Vital Amorim Vital

Identidade Visual

Jackeline Mendes Pereira

Vital Amorim Vital



Sobre o autor



Paulo Frazão

Professor Titular do Departamento de Política, Gestão e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP. Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Obteve título de Livre-Docente pela USP. Foi consultor do Ministério da Saúde. Foi Vice-Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, Vice-Chefe do Departamento de Política, Gestão e Saúde e Chefe do Departamento de Política, Gestão e Saúde da FSP-USP.

Atualmente é Coordenador do DINTER em Saúde Pública entre a USP e Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Atua na área de Saúde Coletiva, com ênfase na Vigilância da Saúde Bucal, linha de pesquisa na qual coordena projetos de interesse da Saúde Bucal Coletiva. É coordenador de projetos do Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância em Saúde Bucal da FSP-USP e participa da Rede Brasileira de Vigilância da Fluoretação da Água de Abastecimento Público. Foi membro e coordenador da Comissão de Políticas Públicas do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo no período de 2015 a 2022. É membro da Câmara Técnica de Saúde Coletiva do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo desde 2022.

Sobre as organizadoras



Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Professora Titular da Universidade Federal do Maranhão – UFMA. Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense – UFF, Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (UFMA), Mestrado e Doutorado em Radiologia Odontológica pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP e Pós-Doutorado/Professora Visitante pela University of North Carolina/Chapel Hill – EUA. Foi Coordenadora da Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS/UFMA

de novembro de 2009 a abril de 2024. Foi Diretora da Diretoria de Tecnologias na Educação – DTED/UFMA de novembro de 2019 a novembro de 2023. É líder do Grupo de Pesquisa Saúde, Inovação, Tecnologia e Educação – SAITE (CNPq/UFMA). Foi Presidente da Associação Brasileira de Telemedicina e Telessaúde no período de 2015–2017. Foi homenageada pelo Ministério da Saúde, em 2024, na exposição “Dona Ivone Lara e Mulheres da Saúde” (tema inovação e tecnologias) pelo reconhecimento de sua contribuição na e para o desenvolvimento de tecnologias educacionais e pela promoção da saúde no Brasil.



Doralice Severo da Cruz Teixeira

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Camilo Castelo Branco, especialização, mestrado e doutorado pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, na linha de pesquisa sobre envelhecimento e Saúde Bucal coletiva. É presidente afastada da Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva – Abrasbuco. Trabalhou na Light Serviços de Eletricidade S/A de 1975 a 1999. Ingressou no serviço público estadual em 1999 e no serviço público municipal em 2014

como cirurgiã-dentista. Ingressou na Fundação Estatal Saúde da Família – FESF como Sanitarista em 2010. Atuou na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (Coordenadoria Regional de Saúde Centro – Divisão de Epidemiologia e Informação) e no Ministério da Saúde (Coordenação Geral de Saúde Bucal). Foi tutora no curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade de São Paulo e no curso de Aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa da Fundação Oswaldo Cruz no período de 2010 a 2014. Foi assistente técnica da Área Técnica da Saúde da Pessoa Idosa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Coordenadora de Saúde Bucal da Área Técnica de Saúde Bucal do Município de São Paulo, assessora na Supervisão Técnica de Saúde da Sé, assistente técnica das pastas de Atenção Básica e Saúde da Pessoa Idosa, e atualmente é Coordenadora da Divisão de Epidemiologia e Informação da Coordenadoria Regional de Saúde – Centro na mesma Secretaria. É pesquisadora do Estudo Saúde Bem Estar e Envelhecimento – SABE e do Estudo ISA – Capital 2022. Possui especialização em Revisão Sistemática e Metanálise pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.



Elza Bernardes Ferreira

Graduação em Odontologia (UFMA), Doutorado em Ciências Médicas (UERJ), Mestrado em Ciências da Saúde (UFMA), Especialização em Radiologia Odontológica (SL MANDIC), em Saúde da Família (UNP), em Gestão de Sistemas e Saúde (UFMA), em Educação a Distância (SENAC), em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (UFRN) e em Educação Digital (UNEB). Atualmente, é docente efetiva da Universidade Federal do Maranhão e Coordenadora Geral da UNA-SUS/UFMA. É

membro da Associação Brasileira de Telemedicina e Telessaúde – ABTMS e compõe o Grupo de pesquisa Saúde, Tecnologia e Educação – SAITE (CNPq/UFMA). São áreas de sua atuação: Educação a Distância, Tecnologia e Inovação em Educação na Saúde, Imaginologia Odontológica, Atenção Primária em Saúde, Metodologias Inovativas em EAD.



Cadidja Dayane Sousa do Carmo

Cirurgiã-dentista (UFMA), com Mestrado e Doutorado em Odontologia (UFMA). Especialista em Saúde da Família: Planejamento e Gestão MBA em Gestão em Saúde (FAE); Microbiologia Geral (Universidade CEUMA), Odontopediatria (Faculdade São Leopoldo Mandic/CE), Docência e Gestão na Educação a Distância (Faculdade Dom Alberto) e EaD e Tecnologias Educacionais (Universidade Pitágoras UNOPAR). É consultora ad hoc da Fundação de Amparo à Pesquisa ao

Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão – FAPEMA; conselheira fiscal da Associação Brasileira de Odontopediatria – ABOPED, pela regional do Maranhão (AMOPED) e integrante do Grupo de Pesquisa SAITE – Saúde, Inovação, Tecnologia e Educação (CNPq/UFMA). Atua como Professora Adjunta da Universidade Federal do Maranhão (Odontologia – UFMA), Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – PPGO/UFMA e Coordenadora de Produção Técnico-Científica da UNA-SUS/UFMA.



Judith Rafaelle Oliveira Pinho

Bolsista de Produtividade – FAPEMA. Professora adjunta (Nível C – 3) do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão. Possui graduação em odontologia pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA. Mestre e doutora em Saúde Coletiva pela UFMA. Professora dos programas de pós-graduação da Rede de Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF (UFMA/Fiocruz) e de Saúde Coletiva (UFMA). Consultora *ad hoc* da Journal Health NPEPS

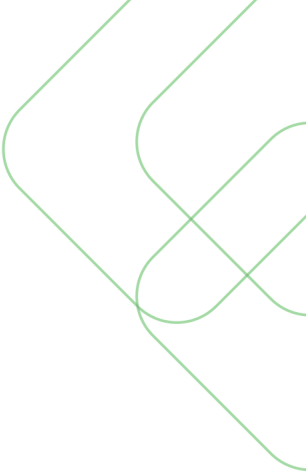
e Fapema. Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva pela UNB, Especialista em docência do ensino superior pela UFMA, Especialista em Gestão Pedagógica pela UFMG, Especialista em Estatística pela UEMA. Fellow Faimer Brasil – 2015. Atuou como membro do Conselho Estadual de Saúde do Estado do Maranhão. Foi coordenadora do curso técnico em Saúde Bucal da então Escola Técnica do SUS. Foi coordenadora pedagógica de cursos a distância e coordenadora de pesquisa na UNA-SUS/UFMA. Atualmente ocupa a chefia da Divisão Pedagógica da Diretoria de Tecnologias na Educação da Universidade Federal do Maranhão. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: controle social, planejamento e gestão em saúde, educação em saúde, metodologias ativas, integração ensino–serviço, saúde pública, epidemiologia.

Lista de figuras

Figura 01. Fluorose dentária.	19
Figura 02. Cárie dentária.	20
Figura 03. Linha do tempo da vigilância em saúde no Brasil.	22
Figura 04. Linha do tempo da vigilância em Saúde Bucal no Brasil.	24
Figura 05. Competências do SUS típicas da vigilância.	28
Figura 06. Subsistemas do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.	30
Figura 07. Evolução dos critérios de investigação em Saúde Bucal recomendados pela OMS.	36
Figura 08. Fenda labiopalatina.	42
Figura 09. Determinantes sociais e comerciais de doenças bucais.	45
Figura 10. Eixos estruturantes do Programa de Vigilância da Qualidade da Água.	49
Figura 11. Vigilância ambiental monitora qualidade da água para consumo humano.	50
Figura 12. Ações estratégicas recomendadas pelo Ministério da Saúde.	52
Figura 13. Restauração de amálgama em dentes posteriores.	55
Figura 14. Evolução do uso de mercúrio na odontologia após a Convenção de Minamata.	56
Figura 15. Produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária, do ponto de vista da Saúde Bucal.	58
Figura 16. Vigilância Sanitária em comércio.	61
Figura 17. Requisitos para escovas de dentes manuais segundo a Portaria 97/1996.	63
Figura 18. Padrões de qualidade e segurança para dentifrícios fluoretados.	65
Figura 19. Classificação de risco dos materiais e equipamentos médicos.	67



Lista de quadros



Quadro 01. Indicadores e estimativas apresentadas na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2023.

37

Lista de abreviaturas e siglas

A

ABNT

Associação Brasileira de Normas Técnicas

Anvisa

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS

Atenção Primária à Saúde

B

BPFs

Boas Práticas de Fabricação

C

CENEPI

Centro Nacional de Epidemiologia

D

DMs

Dispositivos Médicos

DNT

Doenças Não Transmissíveis

E

EUA

Estados Unidos da América

F

FUNASA

Fundação Nacional de Saúde

FST

Fluoreto Solúvel Total

FT

Fluoreto Total

I

INCA

Instituto Nacional do Câncer

Inmetro

Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia

ISO

International Organization for Standardization
(Organização Internacional para Normatização)

N

NOTIVISA

Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária

O

ODS

Objetivo de desenvolvimento sustentável

OMS

Organização Mundial da Saúde

ONU

Organização das Nações Unidas

P

PEC

Prontuário Eletrônico do Cidadão

PEC-APS

Prontuário Eletrônico do Cidadão da Atenção Primária à Saúde

PEC-CEO

Prontuário Eletrônico do Cidadão do Centro de Especialidades Odontológicas

PNSTT

Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

PNVS

Política Nacional de Vigilância em Saúde

R

RSI

Regulamento Sanitário Internacional

S

SB Brasil

Pesquisa Nacional de Saúde Bucal

SESP

Serviço Especial de Saúde Pública

SINAN

Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SISAGUA

Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

SNVE

Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SNVS

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

SNVSA

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental

SUS

Sistema Único de Saúde

SVS

Secretaria de Vigilância em Saúde

V

VSA

Vigilância em Saúde Ambiental

Vigipós

Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária na fase de Pós-Uso/ Pós-Comercialização

Sumário

Apresentação	20
1. Origens da Vigilância em Saúde Pública	21
2. Práticas de Vigilância da Saúde Bucal	24
3. Origens das Práticas de Vigilância no Brasil e a Saúde Bucal	28
4. A Vigilância após a criação do Sistema Único de Saúde	32
5. A Saúde Bucal no Sistema Nacional de Vigilância em Saúde	41
5.1 Vigilância Epidemiológica	42
5.2 Vigilância Ambiental	53
5.3 Vigilância em Saúde do Trabalhador	59
6. A Saúde Bucal no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária	64
6.1 Medicamento e Insumos	65
6.2 Alimentos e Bebidas	66
6.3 Produtos para Higiene Bucal	68
6.4 Equipamentos e Materiais Odontológicos	71
6.5 Serviços Odontológicos	78
Considerações finais	82
Referências	86

Apresentação

Olá, caro(a) leitor(a)!

Seja bem-vindo ao livro do Módulo 2 do Curso de Formação para Gerentes de Serviços de Especialidades em Saúde Bucal, que aborda o tema Vigilância em Saúde Bucal.

Provavelmente você, em algum momento, ouviu falar da atuação da vigilância sanitária — no recolhimento de produtos que estavam sendo comercializados em decorrência de algum risco à saúde da população — ou da atuação da vigilância epidemiológica — ao comunicar um surto de alguma doença na escola ou risco de alguma epidemia.

Mas e em relação às doenças e aos agravos à Saúde Bucal? Qual é a atuação da vigilância?

Este livro propõe apresentar o conceito de vigilância em saúde pública, explorando sua origem e a trajetória das práticas de vigilância antes da criação do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como os sistemas nacionais de vigilância instituídos posteriormente.

Além disso, o livro aborda: os principais instrumentos e as principais medidas para a quantificação de doenças e agravos utilizados para estimar necessidades de Saúde Bucal; os programas e as atividades de vigilância de produtos, serviços e ambientes voltados à proteção da Saúde Bucal; e os sistemas de informação em saúde e suas aplicações na vigilância da Saúde Bucal, a fim de compreender a importância da construção de planos integrados de vigilância da Saúde Bucal que abordem múltiplas dimensões, como promoção e proteção à saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce e manejo de doenças e agravos.

Esperamos que os conteúdos apresentados auxiliem você a compreender a origem, a história, as abordagens e os desafios atuais das práticas de vigilância da Saúde Bucal, e incentivem uma atuação ainda mais qualificada na identificação de riscos, no planejamento de estratégias eficazes e na melhoria contínua dos serviços de Saúde Bucal.

Bons estudos!

Origens da Vigilância em Saúde Pública

A vigilância, considerada por muito tempo como um ramo da epidemiologia, se converteu em uma disciplina plena dentro da área de conhecimento correspondente à Saúde Pública/Coletiva nos últimos cinquenta anos, com seus próprios objetivos, suas fontes de dados, suas metodologias e seus procedimentos de avaliação.

As origens de suas práticas nos levam ao final da Idade Média e ao início da Idade Moderna, quando o uso de dados de mortalidade e morbidade e a proibição de ancoragem de navios com pessoas infectadas a bordo em cidades como Veneza representaram fatos importantes na sua historiografia (Declich; Carter, 1994).

Voltada inicialmente ao controle das doenças transmissíveis, a vigilância vai alargar seu campo de atuação em meados do século XX, quando vários países criaram órgãos nacionais de controle e se publicou farta legislação, no intuito de garantir a segurança de produtos e, sobretudo, de medicamentos.

Além da mortalidade, das doenças crônicas e dos defeitos congênitos, um amplo conjunto de eventos que encerram risco para a saúde coletiva começou a ser objeto de interesse da vigilância, como: qualidade ambiental do ar e da água; comportamentos prejudiciais à saúde; serviços médicos e odontológicos em ambulatórios e hospitais; reservatórios animais e distribuição de vetores e crescimento, desenvolvimento e estado nutricional.

Com isso, a expressão “vigilância em saúde pública” passou a ser utilizada para melhor descrever o escopo, a abrangência e o contexto das atividades.

Ela é definida pela contínua e sistemática coleta, análise, interpretação e disseminação de dados de interesse da saúde, principalmente para aqueles que não podem ignorar esse conhecimento e estão em posição de tomada de decisão (Thacker; Stroup, 2013).

Com o aumento sem precedentes da circulação entre continentes de pessoas, bens e mercadorias, ampliada pelo fenômeno da globalização no final do século XX, as atividades de vigilância foram se tornando parte integrante da responsabilidade sanitária dos sistemas nacionais de saúde dos países. Assim, o Regulamento Sanitário Internacional – RSI foi publicado pela primeira vez em 1969.

Regulamento Sanitário Internacional

Instrumento global aprovado e atualizado periodicamente, no âmbito da Assembleia Mundial de Saúde, que estabelece procedimentos de proteção contra a propagação internacional de doenças, por meio de processos de monitoramento, vigilância e resposta às emergências de saúde pública de importância internacional.

Isso tem levado ao aperfeiçoamento dos processos e das estruturas dos organismos nacionais de saúde pública de todos os países signatários deste regulamento, por meio do desenvolvimento de capacidades básicas para detectar, avaliar, notificar, comunicar e responder a emergências (Franco *et al.*, 2017).

Ao lado da epidemiologia, das disciplinas laboratoriais e da estatística, a ciência de dados e a informática se transformaram, no início do século XXI, em ferramentas cruciais para propiciar a construção de sistemas de vigilância, compostos por múltiplas fontes de dados integrados para atender a finalidades específicas.

A tecnologia e a maioria dos dados necessários estão disponíveis em muitos países. Cabe ao Poder público e às instituições políticas e de saúde pública propiciar, junto às organizações provedoras de dados, aos usuários dessas organizações e à população em geral, um ambiente com firme compromisso das diversas partes interessadas e suficientemente preservado, favorecendo o desenvolvimento e a manutenção de sistemas de vigilância que tenham reconhecimento e aceitação, que respeitem a privacidade e a confidencialidade individuais e que atendam às necessidades de proteção à saúde coletiva (Tracker; Stroup, 2013).

Práticas de Vigilância da Saúde Bucal

Em relação à Saúde Bucal, as informações historiográficas sobre a origem das práticas de vigilância são escassas. Entretanto, é possível identificar dois grandes marcos:

1

O primeiro marco importante pode ser representado pelo conjunto de estudos que relacionaram a exposição ao fluoreto com a fluorose e a cárie dentária.

Em Oakley, no estado de Idaho, nos Estados Unidos da América – EUA, uma comunidade se posicionou politicamente para enfrentar um problema de Saúde Bucal.

Em 1925, a autoridade sanitária local procurou Frederick McKay, um dentista do estado do Colorado, para transmitir as queixas de pais sobre manchas marrons nos dentes das crianças e a constatação de que, em comunidades vizinhas, tais danos não eram verificados.

A hipótese de McKay recaiu sobre a fonte de captação da água de abastecimento público.

Mesmo sem dispor de conhecimentos sobre a causa exata do problema, a comunidade, liderada pela liga cívica das mulheres, aprovou uma campanha para criação de um fundo de financiamento com a finalidade de mudar a fonte de captação da água da cidade.

Sete anos e meio depois da instalação da nova fonte de água, a população verificou o benefício da medida: os dentes das crianças de 6 a 7 anos de idade foram examinados por McKay e não apresentavam manchas.

Esse evento ocorreu antes do reconhecimento do fluoreto como fator responsável pela ocorrência dessas alterações, e é considerado um marco na história das medidas de prevenção ampla ou coletiva (McKay, 1933).

O mais importante é que esses achados impulsionaram um extenso conjunto de estudos liderado por Henry Trendley Dean, o primeiro dentista designado, em 1931, para o Instituto Nacional de Saúde dos EUA. Responsável pela pesquisa odontológica no Instituto, Dean desenvolveu grande esforço para determinar a causa do esmalte dentário manchado, um defeito que mais tarde viria a ser definido como manifestação de fluorose dentária endêmica.

Figura 01. Fluorose dentária.



Fonte: Nizil Shah, 2019. Wikimedia commons. [CC BY-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

Suas investigações sobre a concentração de fluoreto na água e a distribuição da cárie e da fluorose dentária abriram caminho para outros pesquisadores na produção de conhecimentos voltados à mensuração e ao controle das doenças e dos agravos em Saúde Bucal, que foram gradualmente incorporados pelo Serviço de Saúde Pública daquele país.

O mapeamento da concentração de fluoreto de ocorrência natural em águas de abastecimento passou a ser recomendado pelos especialistas. Uma publicação, em meados dos anos 1930, nos EUA, indicava que havia cerca de 300 áreas, distribuídas em 23 diferentes estados, nas quais a concentração do fluoreto na água era potencialmente danosa à dentição das crianças (Dean; Elvove, 1936).

2

Além da água e das doenças e agravos, o outro marco de referência diz respeito aos consultórios odontológicos.

A evolução do mercado de consumo do açúcar contribuiu para a elevação dos níveis de cárie dentária nas populações.

Figura 02. Cárie dentária.



Fonte: Ickyvickywiki, 2020. Wikimedia commons. [CC BY-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

Como resultado, percebeu-se um aumento das necessidades odontológicas, e um mercado de serviços odontológicos começou a se desenvolver (Narvai; Frazão, 2008). Múltiplos grupos de praticantes, qualificados e desqualificados na arte dentária, travaram disputas em torno do estabelecimento de uma jurisdição sobre esse campo de trabalho durante a emergência da odontologia como uma profissão moderna (Carvalho, 2006). Com isso, organizações de dentistas e escolas de odontologia começaram a requerer regras para o licenciamento de praticantes e para a instalação de consultórios.

Hoje em dia, na maioria dos países onde a odontologia é praticada, há requisitos para autorização do exercício profissional e para o licenciamento de serviços, controlados por autoridades estatais ou por organizações odontológicas não governamentais de abrangência nacional. Eles são motivados não apenas por disputas jurisdicionais mas também para assegurar condições adequadas de biossegurança e de serviços que não coloquem em risco a saúde da população na perspectiva de uma prática de vigilância.

Origens das Práticas de Vigilância no Brasil e a Saúde Bucal

Nas linhas do tempo a seguir, apresentaremos a historiografia da vigilância em saúde e da vigilância em Saúde Bucal no Brasil até a regulamentação do SUS:

Figura 03. Linha do tempo da vigilância em saúde no Brasil.

Período Colonial

A regulamentação das artes de curar era realizada por tribunais ligados à Coroa Portuguesa, que expediam licenças autorizando a prática aos diversos tipos de postulantes que comprovassem experiência.

1808

Com a chegada da Corte Portuguesa ao Rio de Janeiro e com o processo de independência, as ações de saúde pública alargaram-se para a fiscalização dos portos, para o controle da entrada de escravos doentes, para a expulsão de acometidos por doenças contagiosas das áreas urbanas e para medidas de purificação do ambiente, como cremação de ervas e destruição de lixo (Escorel; Teixeira, 2012).

1920

Foi instituído o Departamento de Saúde Pública no âmbito do governo federal. Entre suas competências, destacava-se a fiscalização de produtos farmacêuticos, de soros, de vacinas e de quaisquer outros produtos biológicos, expostos à venda, além da organização do código sanitário. Na sua estrutura, estava incluído o serviço de fiscalização do exercício da medicina, farmácia, arte dentária e obstetrícia (Brasil, 1920).

1970

Até os anos 70, as práticas de vigilância se caracterizaram pela realização de campanhas contra doenças, como a varíola, a poliomielite e o sarampo, e pela estruturação de programas especiais de controle de doenças, como a malária, a tuberculose e a hanseníase.

Em decorrência da necessidade de uma melhor articulação entre as esferas de governo — para obter maior efetividade das campanhas e dos programas especiais e para viabilizar mecanismos de vigilância sobre os casos e riscos decorrentes de fatores ambientais, biológicos e sociais —, foi aprovada legislação específica (Brasil, 1975) em 1970. Ela tornou obrigatória a notificação de doenças transmissíveis selecionadas, de agravos inusitados à saúde pública e de situações de calamidade pública que oferecessem riscos à saúde.

Essa legislação instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica – SNVE, com a finalidade de incluir o conjunto de serviços de saúde, públicos e privados, no esforço para a produção de informações a serem analisadas pelos órgãos específicos de vigilância, criados no Ministério da Saúde e nas secretarias estaduais de saúde.

1976

Foi criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária a partir da junção do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia e do Serviço de Saúde dos Portos, com competência para:

(...) promover ou elaborar, controlar a aplicação e fiscalizar o cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário relativos a portos, aeroportos, fronteiras, produtos médico - farmacêuticos, bebidas, alimentos e outros produtos ou bens, respeitadas as legislações pertinentes, bem como efetuar o controle sanitário das condições do exercício profissional relacionado com a saúde (Brasil, 1976, p. 178).

1976 (continuação)

Havia maior consciência sobre a necessidade de colocar foco no controle de riscos. Buscava-se dar maior ênfase às ações de controle de qualidade dos produtos de interesse da saúde, a exemplo dos medicamentos, dos cosméticos, dos alimentos e dos saneantes domissanitários.

Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2025.

Figura 04. Linha do tempo da vigilância em Saúde Bucal no Brasil.

1950

Os conhecimentos sobre a relação entre a concentração de fluoretos na água e a cárie e a fluorose dentária mencionados anteriormente levaram à produção do primeiro mapa da concentração de fluoreto na água de consumo em território brasileiro. O mapeamento foi publicado no final da primeira metade do século XX, cobrindo o estado de São Paulo (Gandra, 1950).

1952

Com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP (órgão do governo federal que, após algumas décadas, seria incorporado à Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde), as primeiras atividades odontológicas estatais realizadas com base em programas foram iniciadas, voltadas aos escolares.

Por coletarem dados e produzirem informações epidemiológicas de prevalência e de gravidade da cárie dentária anualmente, como requisito para estimar a necessidade de tratamento odontológico e planejar as atividades de prevenção e recuperação das lesões de cárie, tais programas podem ser considerados precursores na prática de controle das doenças e agravos bucais (Freire, 1964).

1953 - 1972

Várias iniciativas de ajuste da concentração do fluoreto em sistemas de abastecimento de água de municípios, para fins de prevenção da cárie em nível populacional, foram implantadas, alcançando uma cobertura de 10% da população com acesso a água tratada.

1970

Estudos em algumas cidades brasileiras confirmaram a relação direta entre alta prevalência de fluorose dentária e exposição à elevada concentração de fluoreto na água (Uchôa; Saliba, 1970).

Por ser um problema de ocorrência significativa, delimitada para um mesmo local, essa forma de fluorose foi chamada de fluorose dentária endêmica crônica (Dean; Elvove 1936). Jovens afetados apresentam vários problemas psicossociais que tendem a comprometer o futuro profissional e a qualidade de vida.

Por todos esses aspectos e, ainda, por representar uma condição estigmatizante na família, na escola e no trabalho e um fator de exclusão social, a fluorose dentária endêmica crônica é considerada um grave problema de saúde pública, que exige intervenção imediata por parte das autoridades sanitárias para proteger a população. É por essa razão que qualquer água utilizada para consumo humano deve ser periodicamente investigada quanto ao nível de fluoreto de ocorrência natural.

1980

O enfoque limitado ao exercício da prática odontológica e aos levantamentos epidemiológicos no âmbito dos serviços dentários escolares predominaria nas práticas da vigilância até os anos 80, quando novos temas começaram a ser incluídos nas pautas de debates em decorrência da ampliação dos espaços democráticos no país e da realização de eventos técnico-científicos, reunindo profissionais da área com atuação nos serviços públicos.

A expansão da cobertura da estratégia da fluoretação da água de abastecimento público para prevenção da cárie dentária estimulou discussões acerca dos aspectos de vigilância sanitária requeridos por essa medida (Narvai, 1998).

Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2025.



PARA SABER MAIS

Para saber mais sobre o uso de fluoretos como política pública no Brasil entre 1952 e 2017, acesse o artigo abaixo, disponível em inglês:

[The Use of Fluorides in Public Health: 65 Years of History and Challenges from Brazil.](#)

UNIDADE 4

A Vigilância após a criação do Sistema Único de Saúde

A promulgação da Carta Magna de 1988 incorporou o Estado democrático de direito na organização jurídica e social do país, assegurando os direitos individuais e coletivos. No Art. 5, é definido que (Brasil, 1988):



Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.



O Art. 6 reconhece os direitos individuais civis e políticos e protege os direitos sociais ao afirmar que (Brasil, 1988):



São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.



O princípio da segurança sanitária foi consagrado no Art. 200, cujo conteúdo definiu as bases para que o Estado brasileiro organizasse uma política de gestão eficaz dos riscos existentes na sociedade, apoiada na segurança sanitária ligada a (Aith; Dallari, 2009):

- Tratamentos de saúde;
- Segurança alimentar;
- Segurança de produtos e serviços oferecidos para o consumo humano;
- Segurança contra os efeitos da poluição ambiental; e
- Segurança contra as atividades humanas potencialmente nocivas à saúde e ao meio ambiente equilibrado.

A responsabilidade estatal com o controle do que afeta a saúde é uma característica indispensável para o desenvolvimento de sistemas de saúde sustentáveis financeiramente para assegurar o bem-estar da população ao longo do tempo. Para isso, os sistemas devem buscar equilíbrio entre as ações de saúde destinadas ao tratamento e à reabilitação e aquelas destinadas à prevenção das doenças e agravos e à promoção da saúde.

Além disso, devem estabelecer regulamentos e regras para a atuação do setor produtivo e construir arranjos setoriais e intersetoriais de governança, que promovam o intercâmbio de informações e a cooperação entre as diversas organizações, dentro e fora do setor saúde.

Ao instituir o SUS, a Carta Magna incluiu conteúdo voltado ao controle de riscos e à proteção da saúde. Em que pese a polissemia do termo “risco”, utilizado com significados variados na linguagem técnico-científica e na linguagem comum, as práticas de vigilância na saúde compreendem o risco como possibilidade de ocorrência de eventos que poderão provocar danos à saúde.

Como muitas vezes não é possível precisar qual o evento e até mesmo se ele ocorrerá, utiliza-se o conceito de “risco potencial”, de grande relevância na área de vigilância sanitária, que é essencialmente preventiva:

Risco potencial

Diz respeito à possibilidade de ocorrência de evento que poderá ser danoso para a saúde, ou seja, refere-se à possibilidade de algum produto, processo, serviço, ou fator ambiental causar direta ou indiretamente danos à saúde (Costa, 2009).

Outra dimensão importante diz respeito às consequências que o dano pode causar, ou seja, à magnitude de sua gravidade. No mundo atual, observa-se frequentemente um descompasso entre desenvolvimento tecnológico e produção do conhecimento científico, isto é, incorporam-se tecnologias ao mercado sem as devidas avaliações de risco. Nesses casos, a autoridade sanitária deve adotar o princípio da precaução, a fim de atender às exigências em torno da segurança sanitária global.

Entre as competências do SUS, foram definidas atribuições típicas da vigilância (Brasil, 1988), como pode ser visto na figura abaixo:

Figura 05. Competências do SUS típicas da vigilância.

Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
Participar do controle e da fiscalização da produção, do transporte, da guarda e da utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2025.

Uma das diretrizes do SUS é a **descentralização das ações e dos serviços** de âmbito regional e local, respectivamente, para o governo estadual e municipal. Para isso, vários mecanismos de tomada de decisão foram estabelecidos, com participação social e construção de alianças entre os principais atores envolvidos.

Além das conferências nacionais de saúde, foi institucionalizada uma estrutura inovadora, que estabeleceu conselhos de saúde e comitês intergestores nos níveis estadual (bipartite) e federal (tripartite), nos quais as decisões são tomadas por consenso (Tatagiba, 2002).

A primeira década após a promulgação da Carta Magna foi um período de inúmeros episódios relacionados à área de atuação da vigilância sanitária.

O país vivenciou sérias irregularidades envolvendo medicamentos, desde falsificações, roubos de carga e contrabando de medicamentos sem registro até entrega de produtos vencidos e adulterados ao consumo.

Óbitos de crianças, adultos e idosos em diversos estabelecimentos de saúde (devido à falta de rigor sanitário com os produtos administrados e à má gestão da qualidade dos serviços) também demonstravam a fragilidade da regulação sanitária da época.

Estados e municípios apresentavam *“estruturas acanhadas e insuficientes para o cumprimento da missão da vigilância, prevista na legislação do SUS”* (Silva; Costa; Luchhese, 2018, p. 1955).

A criação do SUS desencadeou novos arranjos institucionais com vista à descentralização das ações de vigilância, que resultaram na organização do Centro Nacional de Epidemiologia – CENEPI em 1990 (no âmbito da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA), na estruturação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa em 1999 e na criação da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS do Ministério da Saúde em 2003.

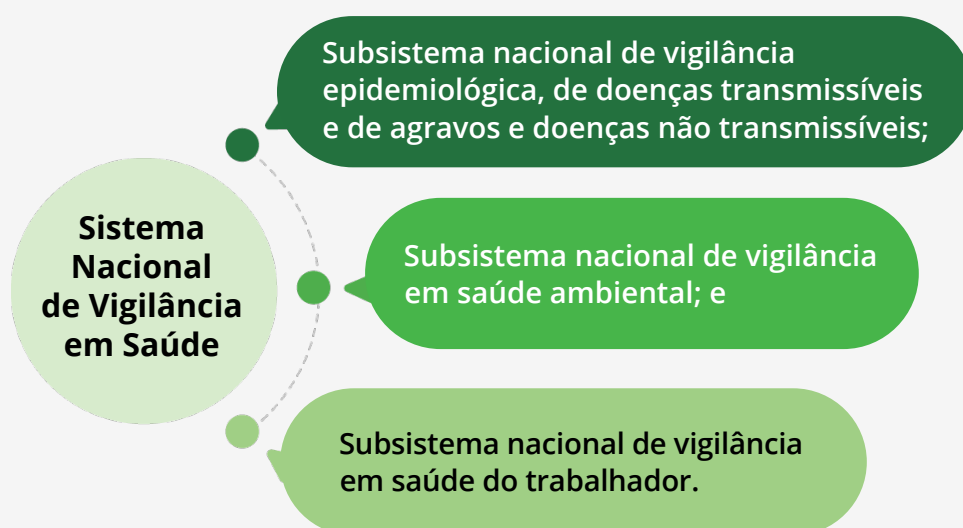
Em decorrência desse intenso processo de construção e pactuação, foram criados dois sistemas nacionais que se dedicam à proteção da saúde, o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde – SNVS e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Veja mais sobre eles a seguir:

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS)

O SNVS tem suas origens no SNVE e no CENEPI — que em 2003 foi transformado na SVS do Ministério da Saúde —, e passou a responder pela formulação da política de vigilância, prevenção e controle de doenças e de vigilância ambiental e da saúde do trabalhador em âmbito nacional.

Ele é integrado pelos seguintes subsistemas:

Figura 06. Subsistemas do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.



Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2025.

Além disso, são integrantes do SNVS (Brasil, 2010):

- O Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, nos aspectos pertinentes à vigilância epidemiológica e à saúde ambiental;
- Os sistemas de informações de vigilância em saúde; e
- Programas de prevenção e controle de doenças de relevância em saúde pública, incluindo o Programa Nacional de Imunizações, e políticas como a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e a Política Nacional de Promoção da Saúde.

Existem diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios, sistematizando os conceitos que orientam o SNVS no SUS.

Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária foi instituído por lei (Brasil, 1999) e sua coordenação é responsabilidade da Anvisa. Ele compreende ações definidas pelo § 1º do art. 6 e pelos artigos 15 a 18 da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990), correspondentes ao:

Controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e os processos da produção até o consumo; e

Controle da prestação de serviços que se relacionem direta ou indiretamente com a saúde.

Na sua estruturação, há desafios decorrentes da natureza das suas ações típicas que conferem caráter regulatório à vigilância sanitária e se manifestam mediante suas atividades:

- Normativas;
- Autorizativas (concessão de registro, licenciamento, autorizações); e
- De inspeção e aplicação de sanções.

O desempenho dessas ações típicas gera capacidade de intervenção mas também conflitos.

Além disso, há desafios relacionados à complexidade do regime federativo brasileiro e da necessidade que tem de, integrando o campo da saúde, intervir sobre tecnologias e atividades econômicas, consubstanciando-se como uma prática também de caráter regulatório, que — embora considerada regulação social, uma vez que protege o interesse público da saúde — tem forte repercussão econômica (Seta; Oliveira; Pepe, 2017).

A atuação da Vigilância Sanitária é, em última instância, um dever de proteção à saúde, por meio da intervenção estatal, de caráter regulatório, diante da notória necessidade de se equilibrar as falhas existentes no mercado da saúde, especialmente no que diz respeito à:

Não racionalidade no consumo de bens e serviços de saúde e à possibilidade de ocorrência de eventos adversos oriundos do consumo de bens e da prestação de serviços de saúde.

Acresce-se ainda: a incapacidade do consumidor de escolher entre as opções disponíveis, por não conhecer detalhes do produto e do mercado; a decisão do consumo, muitas vezes, ser mediada por profissionais de saúde; e a existência de oligopólios ou monopólios de empresas, que resultam no estabelecimento de preços sem presença de concorrência (Castro, 2002).

Cabe destacar que a vigilância sanitária (que trata dos riscos decorrentes dos processos de produção-consumo), a vigilância ambiental (a quem compete, entre outros aspectos, o controle da qualidade do ar, da água e do solo) e a vigilância da saúde do trabalhador (que diz respeito aos riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos, ergonômicos ou psicossociais relacionados aos processos de produção-trabalho) apresentam, principalmente quando incidem sobre fatores não biológicos, alto potencial de geração de conflitos.

Esses conflitos exigem a interação com outros órgãos do Poder Executivo e cuja arbitragem muitas vezes compete a instâncias do Poder Judiciário, exigindo, de modo distinto da vigilância epidemiológica, forte atuação intersetorial para a efetividade de suas ações (Seta; Oliveira; Pepe, 2017).

Tanto o sistema coordenado pela SVS do Ministério da Saúde quanto o sistema coordenado pela Anvisa são constituídos principalmente por organizações vinculadas às secretarias de saúde dos governos estaduais e municipais.

Essa estrutura se manifesta em departamentos, diretorias ou seções que podem estar separadas ou integradas funcionalmente, conforme o desenho administrativo de cada secretaria de saúde. Ainda que com variações entre os estados e municípios, é comum encontrar as vigilâncias agrupadas, embora isso não signifique que a atuação ocorra de modo integrado. Seja como for a estrutura administrativa, as quatro vigilâncias se organizam em dois sistemas nacionais: o de Vigilância em Saúde e o de Vigilância Sanitária.

Nos próximos tópicos, abordaremos a inclusão da Saúde Bucal na agenda institucional desses sistemas, considerando que a Saúde Bucal é constitutiva da saúde nas dimensões individual e coletiva. Ela corresponde a:

Saúde Bucal

Conjunto de condições, objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas) que possibilita ao ser humano exercer funções, como mastigação, deglutição e fonação, e também — pela dimensão estética inerente à região anatômica — exercitar a autoestima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento. Essas condições devem corresponder à ausência de doença ativa em níveis tais que permitam ao indivíduo exercer as mencionadas funções de modo que lhe pareça adequado, que lhe permita se sentir bem, contribuindo para sua saúde geral (Narvai; Frazão, 2017).

O Artigo 2º da Lei 14.572/2023, que instituiu a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do SUS e que alterou a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a Saúde Bucal no campo de atuação do SUS, determina, entre as diretrizes da Política, o dever do Estado brasileiro de, por meio das instâncias do SUS (Brasil, 2023b):



VII - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e de programação;

VIII - organizar e manter ações de vigilância epidemiológica e sanitária em saúde bucal, articuladas com o sistema de vigilância em saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e de acompanhamento de danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença, com atuação intersetorial e ações sobre o território;

IX - realizar, periodicamente, pesquisas nacionais de saúde bucal, notadamente inquéritos populacionais epidemiológicos, possibilitando ao País dispor de dados atualizados sobre essa área e promover o desenvolvimento da ciência e tecnologia nesse campo;

X - implantar e manter ações de vigilância sanitária de fluoretação das águas de abastecimento público, obrigatória nos termos da Lei n.º 6.050, de 24 de maio de 1974, bem como ações complementares nos locais em que se fizerem necessárias, e assegurar ao poder público controle sobre essas ações.



Desenvolver estratégias para qualificar as ações de proteção à Saúde Bucal em todos os níveis de gestão do SUS para controlar a exposição aos fatores de risco e a incidência de novas lesões, doenças e agravos à Saúde Bucal não é apenas uma exigência técnica, com finalidade econômica de redução dos gastos com tratamentos odontológicos evitáveis, e/ou sanitária, com o propósito de elevação dos níveis de Saúde Bucal na população, mas sobretudo um imperativo ético-legal a orientar o processo de planejamento e de programação das ações de vigilância.



IMPORTANTE

A vigilância em saúde antes do SUS era baseada em regulamentações. Com o SUS, a vigilância evoluiu para um sistema integrado, descentralizado e com políticas mais abrangentes.

A Saúde Bucal no Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

O campo da atenção à Saúde Bucal pode ser definido pelo conjunto de atividades internas e externas ao setor saúde (Narvai, 1994).

Elas incluem tanto a assistência odontológica individual quanto as atividades intersetoriais de promoção da saúde e de prevenção de doenças, que impactam positivamente na Saúde Bucal de grupos populacionais.

Algumas iniciativas neste campo são exemplos de contribuições significativas para a vigilância em saúde. A seguir, apresentaremos a Saúde Bucal em cada um dos três subsistemas do SNVS.

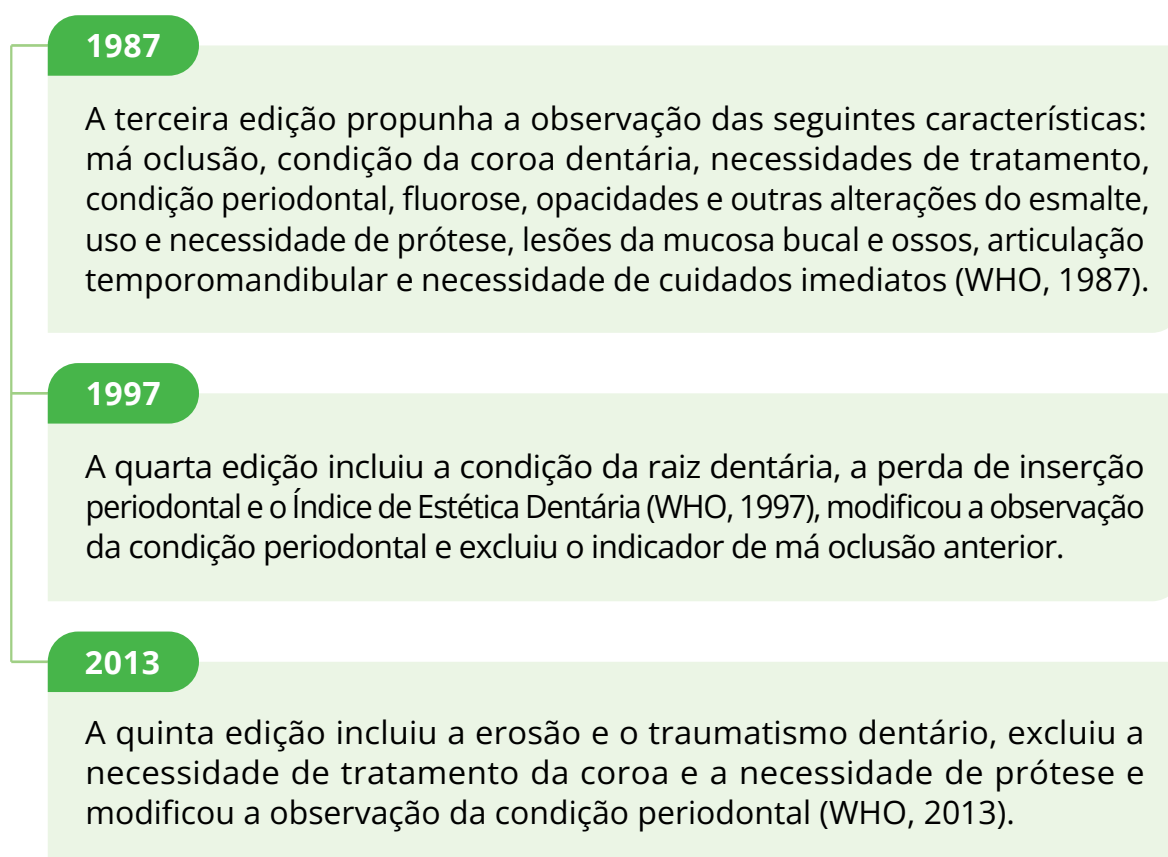
5.1 Vigilância epidemiológica

No interior do que hoje denomina-se de subsistema nacional de vigilância epidemiológica, de doenças transmissíveis e de agravos e Doenças Não Transmissíveis – DNT, os inquéritos nacionais de Saúde Bucal, realizados em 1986, 1996, 2003, 2010 e 2023, constituem iniciativas que têm propiciado a elevação do conhecimento sobre a distribuição das principais doenças e agravos de Saúde Bucal da população brasileira, além do contato de muitos profissionais do SUS com os métodos básicos de levantamentos epidemiológicos de Saúde Bucal recomendados pela Organização Mundial da Saúde – OMS.

A primeira edição desse padrão metodológico internacional foi publicada em 1971, e desde então atualizações vêm sendo editadas a fim de servir de referência para o planejamento dos inquéritos em relação às principais idades e faixas etárias, aos sinais, a doenças e agravos a serem pesquisados e às técnicas de observação, determinação e mensuração dos casos (Oliveira *et al.*, 1998). Vários critérios de definição de caso adotados podem ser úteis para orientar registros administrativos utilizados na atenção à Saúde Bucal.

Ao longo do tempo, observa-se uma ampliação dos agravos investigados e um refinamento metodológico progressivo.

Figura 07. Evolução dos critérios de investigação em Saúde Bucal recomendados pela OMS.



Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2025.

Nos inquéritos realizados no Brasil a partir de 2003, além dos indicadores normativos para aferição dos agravos bucais, também foi utilizado, junto aos indivíduos selecionados, um questionário com questões relativas à caracterização socioeconômica, à utilização de serviços odontológicos, à morbidade bucal autorreferida e à autopercepção de Saúde Bucal.

Esses dados permitem a geração de indicadores autoperceptivos de Saúde Bucal, que têm importância crucial para estimar necessidades decorrentes de impactos no bem-estar dos indivíduos.

Indicadores de sinais de doenças e agravos (como lesão de cárie não tratada), precursores desses sinais (como biofilme visível espesso) (Ribeiro; Portela; Sousa, 2002) e indicadores de comportamentos relacionados à Saúde Bucal (como a frequência de consumo de produtos açucarados) podem ser extremamente úteis para disparar ações individuais e coletivas.

No quadro abaixo estão os indicadores apresentados no relatório da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2023 (2024b):

Quadro 01. Indicadores e estimativas apresentadas na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2023.

Dor dentária nos últimos 6 meses	Percentual de participantes com dor de dente nos últimos 6 meses
Intensidade da dor dentária	Percentual de participantes segundo intensidade da dor de dente
Dor na face	Percentual de participantes com dor na face nos últimos 6 meses
Intensidade da dor na face	Percentual de participantes segundo intensidade da dor na face
Autopercepção da Saúde Bucal	Percentual de participantes segundo a autopercepção da Saúde Bucal (muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim)
Autopercepção da necessidade de tratamento odontológico	Percentual de participantes que consideraram necessitar de tratamento odontológico

Motivo da autopercepção da necessidade de tratamento odontológico	Percentual de participantes segundo motivos pelo qual consideraram necessitar de tratamento odontológico
Autopercepção da necessidade de próteses dentárias	Percentual de participantes que consideraram necessitar de prótese dentária
Impacto da Saúde Bucal nas atividades diárias	Percentual de participantes com impacto das condições de Saúde Bucal em atividades diárias
Procura por serviços de Saúde Bucal	Percentual de participantes segundo a procura por serviços de Saúde Bucal (não, procurou e foi atendido, procurou e não foi atendido, procurou e foi agendado para outro dia/local, sem informação)
Tipo de serviço de Saúde Bucal procurado	Percentual de participantes segundo o tipo de serviço de Saúde Bucal procurado (público, particular, plano de saúde ou convênio, outros, sem informação)
Utilização de serviço de Saúde Bucal	Percentual de participantes segundo a utilização de serviços de Saúde Bucal (nunca foi ao dentista, foi ao dentista em até 1 ano, mais de 1 a 2 anos, mais de 2 a 3 anos, mais de 3 anos, sem informação)
Tipo de serviço de saúde bucal utilizado	Percentual de participantes segundo o tipo de serviço de saúde bucal utilizado (público, particular, plano de saúde ou convênio, outros, sem informação)
Avaliação do serviço de saúde bucal utilizado	Percentual de participantes segundo o tipo de serviço de saúde bucal utilizado (muito bom, bom, regular, ruim, muito ruim)

Cárie dentária	Média do índice ceo-d/CPO-D
	Média e proporção dos componentes do índice ceo-d/CPO-D
	Percentual de participantes com um ou mais dentes com cárie não tratada (cariado > 1)
	Média do índice CO-R, média e proporção dos componentes do índice
	Média da condição da raiz e proporção dos componentes em relação ao total de raízes expostas
	Média do índice pufa/PUFA
	Percentual de participantes com uma ou mais consequência clínica de cárie não tratada (PUFA >1)
Índice de Necessidade de Tratamento Dentário	Média do número de dentes com necessidades de tratamento dentário e percentual de cada tipo de necessidade em relação à média total para participantes
Traumatismo dentário	Percentual de participantes de acordo com traumatismo dentário (nenhum traumatismo, fratura tratada, fratura de esmalte, fratura de esmalte e dentina, fratura com envolvimento pulpar, perda por trauma, outros danos)
Uso e necessidade de próteses dentárias	Percentual de participantes segundo uso de prótese dentária superior ou inferior (não usa prótese dentária, usa uma ou mais Prótese Fixa – PF, usa Prótese Parcial Removível – PPR, usa uma PF e PPR, usa Prótese Total – PT removível, usa PT fixa, sem informação)
	Percentual de participantes segundo necessidade de prótese dentária (não necessita, parcial em 1 maxilar, parcial em 2 maxilares, Prótese Total em 1 maxilar, prótese parcial e total e Prótese Total em 2 maxilares, sem informação)

Edentulismo	Percentual de participantes que perderam todos os dentes permanentes
Condição periodontal	Percentual de participantes com sangramento à sondagem
	Percentual de participantes com cálculo dentário
	Percentual de participantes com bolsa periodontal rasa
	Percentual de participantes com bolsa periodontal profunda
	Percentual de participantes de acordo com o Índice Periodontal Comunitário
	Número médio de sextantes afetados por sangramento, cálculo, bolsa rasa e profunda
	Percentual de participantes de acordo com o Índice de Perda de Inserção Clínica
Oclusão dentária	Percentual de participantes de acordo com chave de canino (classe I, classe II, classe III)
	Percentual de participantes de acordo com sobremordida (normal, reduzida, aberta, profunda)
	Percentual de participantes de acordo com sobressaliência (normal, aumentada, topo a topo, cruzada)
	Percentual de participantes de acordo com mordida cruzada posterior (ausente, presente)
	Percentual de participantes segundo condição da oclusão dentária (sem oclusopatia, oclusopatia definida, oclusopatia grave e oclusopatia muito grave)
Necessidade de Tratamento de Urgência	Percentual de participantes segundo o índice de urgência de tratamento (sem necessidade, de tratamento preventivo/rotina, necessidade de tratamento eletivo, necessidade de tratamento de urgência, necessidade de encaminhamento para avaliação abrangente)

Fonte: Adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. SB Brasil 2023: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - relatório inal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. 537 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sb_brasil_2023_relatorio_final_1edrev.pdf. Acesso em: 11 fev. 2025.

Mais informações sobre esse assunto podem ser encontradas na obra *Epidemiologia da Saúde Bucal* (Antunes; Peres, 2013). Entre outros tópicos, você poderá identificar todas as etapas de desenvolvimento de um levantamento epidemiológico em Saúde Bucal, desde o planejamento até a sua execução. As características metodológicas dos levantamentos nacionais de Saúde Bucal realizados no Brasil são descritas, e capítulos específicos abordam os principais agravos de Saúde Bucal, discutindo suas técnicas de mensuração, critérios de definição de casos e formas de apresentação dos dados.



PARA SABER MAIS

O Ministério da Saúde publicou uma página exclusiva para a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil), bem como para o Relatório Final do SB Brasil. Clique nos links abaixo e acesse:

[Pesquisa Nacional de Saúde Bucal \(SB Brasil\);](#)

[Relatório Final do SB Brasil.](#)

Além dos inquéritos de base nacional, dados administrativos presentes nos sistemas nacionais de informações em saúde são de elevado valor para fins de monitoramento e de análise da situação de saúde em cada território.

Em relação ao câncer de boca e orofaringe, considerado um problema de saúde pública em decorrência de sua alta incidência, mortalidade e elevados custos de cuidado clínico associado, os sistemas de informações de mortalidade, os registros de câncer de base populacional e os registros hospitalares de câncer são fontes de dados valiosas para sua vigilância.

A natureza silenciosa das lesões e o despreparo dos pontos de atendimento são fatores relacionados com a identificação tardia e com o estadiamento avançado das lesões (Casotti *et al.*, 2016).

Assim, é necessário implementar estratégias para capacitar os profissionais da equipe multiprofissional e os pontos de atendimento da rede primária para incentivar o autoexame da boca pelos usuários.

Somado a isso, é crucial estruturar os pontos de confirmação diagnóstica e de tratamento oportuno com apoio dos registros administrativos, a fim de manter um sistema de vigilância relacionado ao problema.



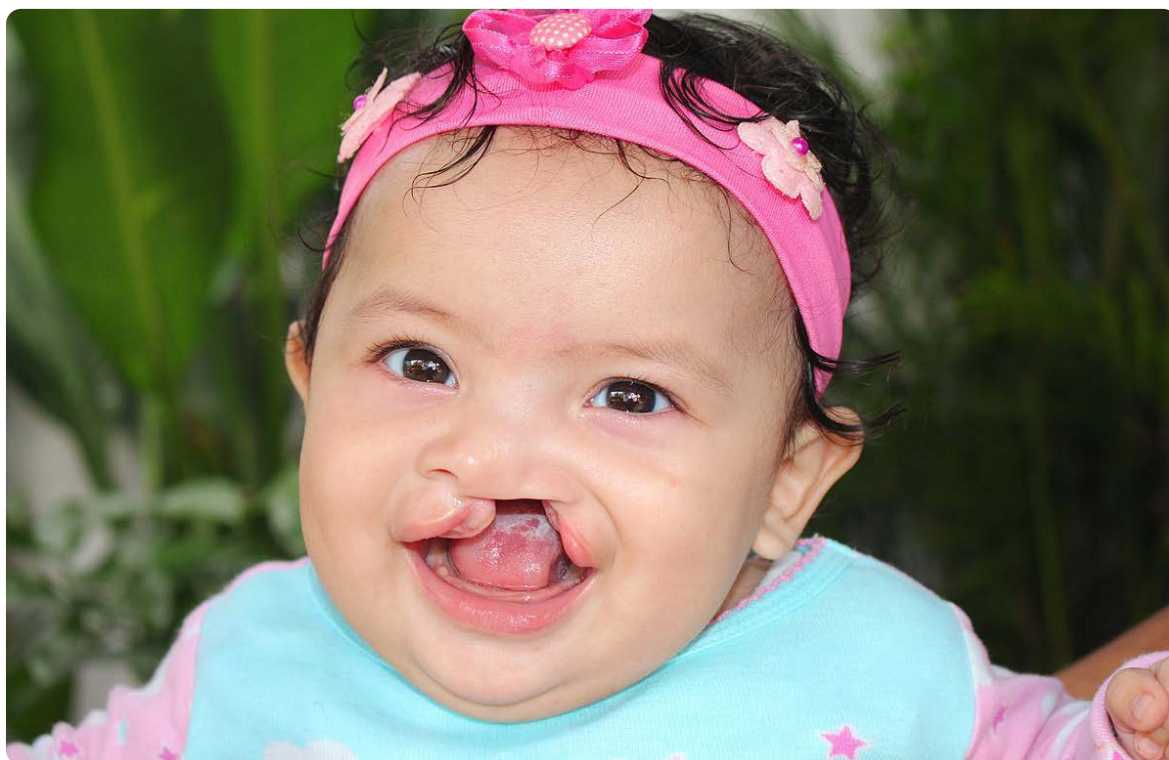
PARA SABER MAIS

Você pode consultar o site do Instituto Nacional do Câncer – INCA para obter mais informações sobre câncer no Brasil, clicando nos links abaixo:

[Câncer no Brasil – Dados dos Registros de Base Populacional;](#)
[Registros Hospitalares de Câncer.](#)

As fendas labiopalatinas são defeitos de nascimento em que o lábio, o palato ou ambos não se fecham na linha média e permanecem abertos. Situado entre os quatro defeitos congênitos mais frequentes no Brasil, sua ocorrência deve ser registrada na Declaração de Nascido Vivo.

Figura 08. Fenda labiopalatina.



Fonte: Perryrosen1, 2019. Wikimedia commons. [CC BY-SA 4.0.](#)

Em que pese os esforços para qualificar o registro das informações, um estudo sobre defeitos congênitos registrados nas declarações contidas no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC no Município do Rio de Janeiro, em 2004, mostrou os melhores resultados para defeitos nos aparelhos osteomuscular, geniturinário, digestivo e para anomalias cromossômicas e os piores resultados para os defeitos nos sistemas nervoso central e cardiocirculatório, malformações congênitas da face, olhos, pescoço e orelhas e fendas labiopalatinas (Guerra *et al.*, 2008).

Os inquéritos de base nacional colocam em prática princípios do SUS, como (Roncalli, 2010):

Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento; e

Centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde doença.

Quando a discussão dos seus resultados é levada para as equipes de saúde por meio de atividades de educação permanente bem planejadas, os inquéritos têm grande potencial para ressignificar e reorientar as atividades em nível local/regional, na perspectiva de um modelo de atenção referenciado na Vigilância da Saúde (Teixeira; Paim; Vilasbôas, 1998). Essa perspectiva traz importantes elementos para superar o modelo biomédico (centrado no profissional, na doença, no hospital).

Como esse modelo faz parte da cultura das práticas de saúde, durante o curso da pandemia da covid-19 observou-se o predomínio de uma concepção restrita à vigilância epidemiológica tradicional, associada à ênfase no tratamento (hospitalar) dos casos e, posteriormente, à vacinação.

Concepções ampliadas que reconhecem a necessidade de articulação das “vigilâncias” com as políticas de promoção da saúde e com as ações de atenção primária (voltadas à intervenção concomitante sobre “determinantes”, “riscos” e “danos”) tiveram pouco espaço junto às autoridades sanitárias (Teixeira; Vilasbôas, 2023).

Para enfrentar a pandemia, muitas autoridades falavam de medidas não farmacológicas sob uma orientação notadamente biomédica, para fazer referência a medidas de proteção social, como o distanciamento físico, a restrição da circulação, as barreiras sanitárias e a quarentena. Essa visão exerceu influência na maioria dos comitês de contingência, que enxergava na atenção básica apenas um papel secundário em relação à pandemia.

Quando gerentes da atenção básica não apoiam as comunidades no seu território e pensam o trabalho da atenção básica apenas da porta da unidade para dentro, a atuação dos trabalhadores e profissionais é reduzida.

Entre os profissionais e trabalhadores da equipe de Saúde Bucal, muitos achavam que o seu papel em relação à pandemia era apenas na retaguarda de urgência, desconsiderando o apoio às demais atividades de enfrentamento da doença, principalmente aquelas a serem desenvolvidas no território junto às comunidades (Frazão *et al.*, 2023).

Superar o modelo biomédico implica, entre outros aspectos, transcender os muros dos serviços de saúde, a fim de detectar, no território onde os usuários vivem e trabalham, os casos moderados/ graves, os indivíduos/famílias em situação de vulnerabilidade e as potenciais fontes geradoras de risco e de proteção à saúde.

É nesse território vivo que ocorre o sinergismo entre condições gerais ligadas à estrutura social, as condições particulares ligadas ao espaço microssocial e as características individuais.

As condições econômicas, políticas e ambientais, as instituições e as crenças, o contexto social e comunitário, o comportamento relacionado à saúde, a biologia humana, as políticas promocionais e o acesso aos serviços de saúde exercem influências recíprocas que acabam por determinar os mais variados desfechos em saúde, incluindo a Saúde Bucal.

Reconhecer que a Saúde Bucal é produzida socialmente implica considerar a relevância das iniciativas intersetoriais voltadas aos determinantes mais gerais do processo saúde-doença bucal e aos fatores de risco comuns (Melo *et al.*, 2006).

O modelo de atenção referenciado na vigilância da saúde exige combinar, de modo virtuoso, estratégias voltadas ao controle dos danos, dos riscos e das causas primárias das doenças e dos agravos (Teixeira; Vilasbôas, 2023).

No plano internacional, o Relatório da Situação da Saúde Bucal Global, publicado pela OMS em 2022, traz o papel dos determinantes estruturais, intermediários e proximais na produção das doenças bucais e da carga de DNT e as estratégias adotadas pela indústria e pelas corporações globais que podem afetar negativamente a Saúde Bucal da população (WHO, 2022), como pode ser visto na figura abaixo:

Figura 09. Determinantes sociais e comerciais de doenças bucais.



Fonte: Adaptado de WHO. World Health Organization. Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030. WHO, 2022. Publications. Disponível em: <https://www.who.int/publications/item/9789240061484>. Acesso em: 11 fev. 2025.

Na figura acima, observamos que, entre os determinantes estruturais, destacam-se os contextos político, econômico e ambiental que caracterizam cada território, nos quais incluem-se as políticas macroeconômicas e de comércio internacional, as políticas de bem-estar social, os processos de globalização e a urbanização.

Nos determinantes intermediários, sublinham-se condições étnico-raciais, de classe social, de renda, de educação e de gênero, que se associam ao tipo de ambiente onde se vive, à oferta de trabalho, à disponibilidade de serviços de saúde, aos relacionamentos sociais e aos fatores psicossociais que lhe são decorrentes.

Entre os determinantes proximais, salientam-se comportamentos ligados à Saúde Bucal, como a higiene bucal, a dieta, a atividade física, o tabagismo e o consumo de álcool, que afetarão a resposta inflamatória e imunológica em relação às agressões e aos desequilíbrios de homeostase, causando ou não a iniciação e a progressão das doenças bucais e comprometendo a carga de DNT (WHO, 2022).

Em relação às estratégias adotadas pela indústria e pelas corporações globais que podem afetar negativamente a Saúde Bucal da população, menciona-se sua forte influência sobre as autoridades políticas e econômicas, exercendo pressão nas arenas decisórias, e seu papel no financiamento de pesquisas científicas, a fim de criar um ambiente de incerteza e de controvérsias. Além disso, são implementadas estratégias bem estruturadas de comunicação e marketing destinadas a influenciar a escolha dos consumidores.

No Brasil, a abordagem sobre os determinantes mais gerais implica formulação e implementação de **políticas públicas** voltadas à contenção dos fatores de risco e à expansão dos fatores de proteção à Saúde Bucal.

O artigo 196 da Constituição Federal (Brasil, 1988) ampara a implementação quando afirma que:



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.



A Política Nacional de Vigilância em Saúde – PNVS, aprovada em 2018, é uma política pública de caráter universal e transversal, que norteia as ações de vigilância da saúde nas três esferas de gestão do SUS e que orienta o modelo de atenção à saúde nos territórios.

Um dos seus princípios corresponde à cooperação e à articulação intra e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde (2018a). Na Saúde Bucal, isso implica, entre outros aspectos, políticas públicas para assegurar a implementação de medidas:

- De saneamento, que facilitem o acesso à água tratada e fluoretada em nível ótimo para prevenção da cárie dentária;
- De segurança no trânsito, a fim de evitar traumatismos bucomaxilofaciais;
- De inserção de temas de Saúde Bucal na educação básica;
- De regulação econômica, para facilitar acesso aos alimentos saudáveis, aos produtos de higiene bucal (como escovas dentais e dentifrícios fluoretados) e aos equipamentos e insumos utilizados nas clínicas odontológicas;
- De regulação econômica, para limitar o consumo de alimentos cariogênicos, bebidas açucaradas, tabaco e álcool, entre outros produtos nocivos à saúde.

Quando bem estruturadas, tais políticas públicas têm forte potencial para facilitar práticas e comportamentos positivos relacionados à Saúde Bucal e para, a longo prazo, produzir impacto na redução de várias doenças e agravos — entre os quais estão os níveis de ocorrência da cárie dentária e da doença periodontal, principais causas da perda dentária precoce entre jovens e adultos (Narvai; Frazão, 2017).

Para o cumprimento de suas diretrizes, a PNVS tem como estratégias: o fortalecimento da integração entre os diferentes serviços de saúde; a promoção da participação da sociedade nas ações de vigilância; e o uso de tecnologias modernas para melhorar a detecção e a resposta a ameaças e riscos à saúde (2018a).

5.2 Vigilância ambiental

A OMS recomenda, desde os anos 1980, que seja dada a devida atenção ao parâmetro fluoreto na água de beber pelos órgãos de saúde pública (WHO, 2017), e a 74ª Assembleia Mundial da Saúde reiterou a importância do mapeamento da sua concentração nas águas para consumo humano (WHO, 2021a).

Como a vigilância passou a ser considerada a principal estratégia para assegurar a qualidade dos sistemas de abastecimento de água, desde os anos 1980 o Ministério da Saúde vem estruturando um Programa Nacional de Vigilância de Qualidade da Água para Consumo Humano.

Foram criadas condições para uma maior aproximação dos diferentes atores e das organizações com interesse sobre a questão (secretarias de estado da saúde, companhias de saneamento básico, órgãos de controle ambiental, universidades, laboratórios de referência, associações de empresas de saneamento etc.).

A aprovação da Constituição de 1988 e da Lei n.º 8.080/90 impulsionou o processo de descentralização das ações, e várias iniciativas foram adotadas para definir diretrizes e dar organicidade às ações.

Com a reestruturação do Ministério da Saúde e a criação da SVS em 2003, a área de Vigilância em Saúde Ambiental – VSA, pertencente à FUNASA, foi incorporada à SVS.



As ações de VSA relacionadas à qualidade da água para consumo humano passaram a fazer parte do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental – SNVSA. Além disso, passaram a ser desenvolvidas por meio de um programa nacional compartilhado com estados, municípios e o Distrito Federal.

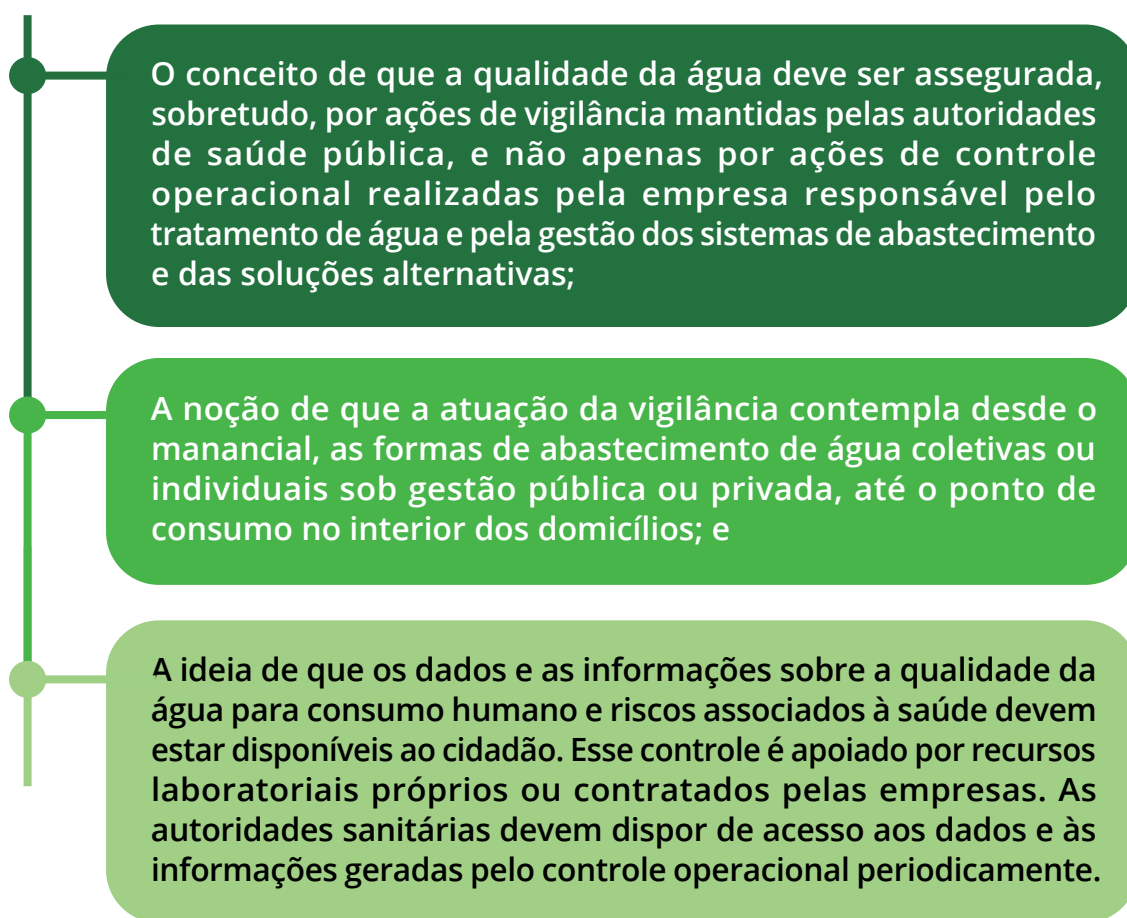


A autonomia das diferentes esferas de governo e a adaptação às diversas realidades regionais e locais não deixam de ser respeitadas, e a diversidade sociocultural, geográfica e econômica do País é levada em consideração (Frazão *et al.*, 2018).

Na Saúde Bucal, especialistas brasileiros passaram a recomendar, nos anos 1990, que a vigilância da fluoretação fosse feita por organismos não diretamente responsáveis pelo tratamento da água (princípio do heterocontrole), por meio da avaliação direta de amostras de água colhidas na rede de distribuição (Schneider-Filho; Prado; Narvai, 1992; ENATESPO, 1998; Narvai, 2000), a fim de assegurar a qualidade do processo, a validade da informação e a confiabilidade para se alcançar as metas de Saúde Bucal.

Desde o ano 2000, o monitoramento da qualidade da água que é ofertada à população é responsabilidade das autoridades sanitárias municipais, que realizam ações de vigilância e implementam um plano próprio de amostragem (Brasil, 2000). Em 2005, o programa de vigilância da qualidade da água foi renovado, passando a ter três eixos estruturantes (Brasil, 2005):

Figura 10. Eixos estruturantes do Programa de Vigilância da Qualidade da Água.



Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2025.

Entre os parâmetros para a determinação dos padrões de qualidade da água, destaca-se o íon flúor (fluoreto).

Junto com outros parâmetros, como turbidez, cloro residual, colimetria, agrotóxicos e mercúrio, o fluoreto é um importante indicador, porque pode representar proteção ou risco à saúde da dentição dependendo da sua concentração na fonte da água de beber.

No Brasil, o primeiro dispositivo de âmbito nacional estabelecendo limite para o fluoreto de ocorrência natural foi aprovado em 1977, e, ao longo dos anos, os padrões de potabilidade têm sido atualizados.

De modo análogo à maioria dos países que possuem dispositivos normativos (Frazão; Peres; Cury, 2011), o valor máximo permitido em nosso país para se considerar a água segura para consumo humano é de 1,5 mg de fluoreto de ocorrência natural por litro de água (Brasil, 2021).

Assim, antes que qualquer fonte de água seja utilizada para consumo humano, é crucial conhecer a quantidade de fluoreto naturalmente presente.



IMPORTANTE

Fontes com valores acima de 1,5 mg F/L são consideradas inseguras para a saúde humana e uma importante causa para fluorose dentária endêmica.

Figura 11. Vigilância ambiental monitora qualidade da água para consumo humano.



Fonte: Luciano Lanes / PMPA, 2022.

Áreas rurais e periféricas, entre outros territórios, cujo abastecimento depende de poços profundos estão mais sujeitas a água com valores de fluoreto que podem causar fluorose, razão pela qual devem ser alvo prioritário das ações da vigilância ambiental: para analisar mais detalhadamente a situação e buscar providências junto às autoridades, a fim de identificar fontes alternativas e de reduzir a concentração de fluoreto na água (2018b).

No caso de fluoreto ajustado para assegurar o máximo de benefício de prevenção da cárie dentária com mínimo risco de fluorose dentária durante o tratamento da água, especialistas da saúde e do saneamento recomendam seguir orientação emitida em documento de Consenso Técnico que admite a existência de três faixas de variação (0,45–0,74; 0,55–0,84 e 0,65–0,94) em decorrência da dimensão continental e das condições climáticas do país (CECOL, 2011).

Além disso, um conjunto de indicadores de qualidade da fluoretação tem sido proposto para orientar as ações da vigilância (Frazão *et al.*, 2018).

Uma ferramenta importante do programa de vigilância da qualidade da água no Brasil é o Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – SISAGUA.

Criado em 2002, esse sistema tem sido aprimorado ao longo do tempo. Em 2017, 4.307 municípios tinham dados registrados sobre (Oliveira *et al.*, 2019):

- O cadastro das formas de abastecimento e sistemas de distribuição;
- O controle operacional realizado pelos prestadores dos serviços de abastecimento; e
- A vigilância da qualidade da água realizada pelo órgão municipal.

Um estudo abrangendo os municípios brasileiros mostrou que, em 2018, 4.659 deles (83,6%) eram abastecidos por sistemas públicos de água, 2.746 (49,3%) eram beneficiados pela fluoretação e 1.794 (32,2%) alimentavam adequadamente o sistema de dados de vigilância em relação ao parâmetro fluoreto. Desses, 67,8% apresentaram menos de 80% das amostras de fluoreto no intervalo ótimo para prevenção de cárie (Belotti *et al.*, 2024).

Entre as ações estratégicas recomendadas pelo Ministério da Saúde, destacam-se (Brasil, 2024a):

Figura 12. Ações estratégicas recomendadas pelo Ministério da Saúde.

- 1** Desenvolver estratégias para implementar a fluoretação das águas de abastecimento público no maior número de municípios possível;
- 2** Assegurar que, em qualquer território, sejam conhecidos os teores de fluoretos presentes nas águas de abastecimento público, sejam naturais ou adicionados durante o tratamento; e
- 3** Pleitear para que os órgãos de vigilância ambiental, em qualquer município, incluam a vigilância sanitária dos teores de fluoretos nas águas distribuídas à população.

Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2025.

Para colocar em prática essas ações, é essencial manter atividades de educação permanente, que, considerando aspectos específicos atinentes ao fluoreto, ofereçam, aos trabalhadores e profissionais da vigilância, oportunidades de atualização acerca do planejamento e da implementação de ações em nível local, a fim de assegurar as correções de modo oportuno.

Nesse sentido, são relevantes as recomendações relativas ao papel do agente público; ao plano de amostragem e coleta das amostras; ao registro dos dados laboratoriais; à distribuição espaço-temporal dos dados laboratoriais; à análise da situação e às ações requeridas.

Instruções especializadas, cientificamente fundamentadas e orientadas por diretrizes e dispositivos normativos são essenciais para dar suporte às atividades de vigilância da água em nível local realizadas pelos órgãos de administração pública responsáveis pela proteção à saúde, sob acompanhamento das instâncias e organizações da sociedade com interesse no tema (Frazão; Narvai, 2021).

5.3 Vigilância em saúde do trabalhador

Estima-se que, a cada 15 segundos, um(a) trabalhador(a) vai a óbito em virtude de acidente ou de doença relacionada ao trabalho no mundo, correspondendo a cerca de 6,3 mil mortes por dia e 2,3 milhões de óbitos por ano. Entre 2012 a 2020, o Brasil ocupou o segundo lugar em mortalidade no trabalho, com uma média de seis óbitos a cada 100 mil vínculos de emprego, bem acima dos indicadores de outros países (Hennington; Santos; Pasche, 2024).

Óbitos e doenças relacionadas ao trabalho prejudicam a vida de milhões de trabalhadoras e trabalhadores, sobrecarregam os sistemas de saúde e comprometem a previdência social e a economia dos países.

O Objetivo de Desenvolvimento Sustentável – ODS 8 da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas – ONU, sobre trabalho digno e crescimento econômico, enseja o comprometimento da comunidade internacional com a defesa dos direitos laborais e a promoção de ambientes de trabalho seguros e protegidos para todos os trabalhadores e trabalhadoras (WHO, 2021b). A vigilância em saúde do trabalhador é uma importante estratégia para enfrentar essa situação.

Vigilância em saúde do trabalhador

Como parte do SNVS, ela consiste num conjunto de ações sistemáticas e permanentes, voltadas à detecção, ao conhecimento, à pesquisa e à análise dos fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, considerando seus diferentes aspectos (tecnológico, social, organizacional e epidemiológico). Assim, apoia a adoção de providências e de intervenções, visando à promoção da saúde, à prevenção da morbimortalidade e à redução de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora.

Por meio da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT foram definidos princípios, diretrizes e estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância.

A prioridade da PNSTT é a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores, bem como a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (Brasil, 2012).

Os procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde do trabalhador e a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho estão determinados em dispositivos normativos específicos (Brasil, 2017; 2023a).

Em relação à Saúde Bucal, há várias doenças ocupacionais que manifestam sinais na cavidade da boca. Elas podem ser provocadas por agentes mecânicos, físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais. De acordo com o tipo de causa lesional, podem ocorrer colorações, erosões ou traumas de diferentes intensidades (Carli *et al.*, 2012).

Revisões da literatura (Almeida; Vianna, 2005; Carli *et al.*, 2012) identificaram manifestações bucais relacionadas ao trabalho de:

- Pescadores e agricultores (exposição a luz solar);
- Sopradores de vidro e operários da indústria de charutos (exposição a agentes mecânicos);
- Provadores de alimentos diversos (exposição ao calor excessivo);
- Trabalhadores de frigoríficos (exposição ao frio excessivo);
- Operários em ambientes de processos industriais (como a extração, a fabricação e o acabamento de metais, como a produção de fertilizantes e detergentes e como a manufatura de baterias e segmentos da indústria química e petroquímica, com vapores ácidos e alcalinos e substâncias químicas, a exemplo do chumbo, arsênico, cádmio, cobre, iodo, mercúrio, selênio e estanho, benzeno, etileno, zinco etc.).

Nesse sentido, é importante que os programas de Saúde Bucal voltados aos trabalhadores em geral levem em consideração que essa parcela da população, além de exposta aos fatores de risco mais conhecidos das principais doenças bucais, também está submetida a outros fatores relacionados ao ambiente de trabalho.

Assim, considera-se relevante a discussão sobre a necessidade de maior produção de conhecimento nessa área, de capacitação de recursos humanos e de implementação de programas mais efetivos, baseados nos princípios da vigilância em saúde do trabalhador (Almeida; Vianna, 2005).

Quanto aos profissionais e aos trabalhadores da equipe de Saúde Bucal, cuidados permanentes devem ser tomados em relação aos riscos decorrentes da exposição ocupacional por uso de mercúrio, perda auditiva induzida por ruído, Hepatite B, distúrbios musculoesqueléticos, estresse e dermatoses nas mãos (Garcia; Blank, 2006).

Moodley, Naidoo e Van Wik (2018) sumarizaram informações sobre prevalência de estresse, esgotamento, doenças musculoesqueléticas (costas, pescoço, mãos, ombros etc.), problemas de saúde ocupacional relacionados à visão, a lesões percutâneas, ao ruído, ao mercúrio, a alergias e a infecções. Porém, destaca-se que é escassa a literatura científica sobre intervenções para evitar as distúrbios relacionadas ao trabalho entre profissionais da Saúde Bucal.

Ao subscrever a Convenção de Minamata sobre Mercúrio, o Brasil se comprometeu a proteger a saúde humana e o meio ambiente das emissões desse elemento químico. Embora as restaurações de amálgama de prata, que utilizam em sua composição o mercúrio, sejam inócuas para o paciente (excetuando-se raríssimos casos de sensibilidade individual a um ou mais de seus componentes), diversas medidas foram adotadas para reduzir o uso desse metal na odontologia.

Figura 13. Restauração de amálgama em dentes posteriores.



Fonte: Canva.com.©2025. Uso permitido sob licença Pro.

Observe na linha do tempo abaixo as principais ações tomadas em relação ao uso do mercúrio na odontologia no país:

Figura 14. Evolução do uso de mercúrio na odontologia após a Convenção de Minamata.

2013

Embora o consumo de mercúrio no âmbito odontológico corresponda a cerca de 3% do seu uso geral, e seja mínimo o impacto ambiental do uso do mercúrio na prática odontológica, os países signatários, concordaram em reduzir, gradativamente, o uso odontológico do produto, admitindo-se que efeitos ambientais, ainda que mínimos, devem ser devidamente considerados (CECOL, 2013).

2017

A Anvisa publicou norma proibindo, em todo o território nacional, a fabricação, a importação e a comercialização assim como o uso em serviços de saúde do mercúrio e do pó para liga de amálgama não encapsulado indicados para uso em Odontologia. Sete anos depois, atualizou a norma, incluindo que as notificações de produtos constituídos por liga de amálgama na forma encapsulada para uso odontológico deverão indicar, como advertência, que não são recomendados para uso em gestantes, lactantes e na dentição decídua — em indivíduos de até 15 anos de idade (Anvisa, 2024a).

2022

A Coordenação Geral de Saúde Bucal emitiu o Parecer Técnico n.º 6/2022, de 13 de setembro de 2022, no qual orienta a descontinuidade de uso de amálgama dentário em gestantes, lactantes, na dentição decídua e em indivíduos com até 15 anos de idade, seguindo o que foi pactuado pelas Partes na Convenção de Minamata sobre o Mercúrio. Ficou facultado o uso do amálgama dentário em dentes posteriores nas demais populações quando esse material for a única opção clínica viável, por questões de ordem técnica.

Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2025.

Além dos acidentes de trabalho, é muito importante a investigação epidemiológica dos acidentes com exposição a material biológico e dos agravos, como perda auditiva induzida por ruído, dermatoses, neoplasias, pneumoconioses, transtornos mentais e problemas osteomusculares.

**IMPORTANTE**

Os casos relacionados ao trabalho confirmados devem ser notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.

Universidades e núcleos de pesquisa bem estruturados e setores organizados da profissão deveriam se articular a fim de impulsionar o uso dos meios de notificação compulsória disponíveis e os sistemas de vigilância relacionados à saúde do trabalhador.

A Saúde Bucal no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

Com a criação da Anvisa, muitas ações de vigilância voltadas à proteção da Saúde Bucal foram incluídas sob sua competência. Observe na figura abaixo:

Figura 15. Produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária, do ponto de vista da Saúde Bucal.

Medicamentos de uso humano, suas substâncias ativas e demais insumos, processos e tecnologias;

Alimentos, inclusive bebidas, águas envasadas, seus insumos, suas embalagens, aditivos alimentares, limites de contaminantes orgânicos, resíduos de agrotóxicos e de medicamentos veterinários;

Cosméticos, produtos de higiene pessoal e perfumes; saneantes destinados a higienização, desinfecção ou desinfestação em ambientes domiciliares, hospitalares e coletivos; conjuntos, reagentes e insumos destinados a diagnóstico; e

Equipamentos e materiais médico-hospitalares, odontológicos, hemoterápicos e de diagnóstico laboratorial e por imagem.

Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2025.

Além disso, os serviços de atenção ambulatorial (seja de rotina ou de emergência), os realizados em regime de internação, os de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como os serviços que impliquem a incorporação de novas tecnologias também estão submetidos ao controle e à fiscalização sanitária pela Anvisa (Brasil, 1999).

Em todas essas áreas, a atuação da vigilância sanitária ocorre mediante diferentes instrumentos. Entre eles, estão a legislação (normas jurídicas e técnicas), a fiscalização, a inspeção, o monitoramento, a vigilância de eventos adversos e outros agravos, a pesquisa epidemiológica, de laboratório e outras modalidades e as ações em torno da informação, comunicação e educação para a saúde (Costa, 2009).

A seguir, conheceremos um pouco mais sobre cada uma das áreas de atuação da vigilância sanitária voltadas para a Saúde Bucal.

6.1 Medicamento e insumos

Medicamentos são produtos especiais elaborados com a finalidade de diagnosticar, prevenir, curar doenças ou aliviar seus sintomas.

Devem ser produzidos com rigoroso controle técnico para atender às especificações determinadas pela Anvisa. Essas especificações devem ser definidas com base em evidência científica consistente.

Assegurar o seu cumprimento é obrigação da vigilância sanitária, para que médicos e dentistas, que são prescritores de medicamentos, possam dispor de produtos confiáveis e de ótima qualidade.

Desconformidades relacionadas à qualidade de medicamentos podem comprometer sua eficácia terapêutica (Lima; Vilela; Andrade, 2011; Biachin *et al.*, 2012; Gomes *et al.*, 2020b).

Problemas na concentração de fluoreto de produtos como vernizes e soluções cariostáticas de nitrato de prata (Shen; Autio-Gold, 2002; Soares-Yoshikawa; Cury; Tabchoury, 2024) sugerem que certos produtos não atendem requisitos mínimos de qualidade e que a vigilância sanitária precisa ser acionada.

Além disso, existe a preocupação com certos medicamentos de uso pediátrico e por gestantes:

Crianças

Xaropes com pH baixo e açúcares em sua composição têm alto potencial erosivo e cariogênico (Sousa *et al.*, 2010; Siddiq *et al.*, 2020).

Suplementos medicamentosos fluoretados podem não trazer benefícios e causar danos à dentição, tendo em vista as inconsistências encontradas nas bulas dos produtos à venda, seja em termos de possível efeito anticárie ou de risco de fluorose dentária (Ribeiro; Narvai 2009; Rebelo *et al.*, 2014).

Gestantes

A ingestão do fluoreto em complexos vitamínicos que contêm cálcio por gestantes diminui a absorção de ambos os elementos.

Embora a redução na absorção de fluoreto não traga nenhuma consequência relevante, a diminuição na absorção de cálcio pode ser prejudicial para a gestante (Brasil, 2009a).

6.2 Alimentos e bebidas

Em relação aos alimentos, o foco tem sido dirigido para a concentração de fluoreto pelo risco à fluorose dentária que valores elevados podem representar.

Revisão da literatura científica sobre o tema mostrou que sucos, chás, derivados lácteos e fórmulas infantis em pó, entre outros alimentos, podem representar risco para fluorose dentária em crianças de um a três anos de idade (Miziara *et al.*, 2006). Nesse sentido, é importante incluir a regulamentação da rotulagem na agenda das autoridades de vigilância, a fim de assegurar a informação sobre a concentração de fluoreto presente nos alimentos industrializados.

Figura 16. Vigilância Sanitária em comércios.



Fonte: Alle Barbi. Prefeitura de Campinas, 2020. Flickr.

A água engarrafada pode ser definida como água obtida diretamente de uma fonte natural, subterrânea ou não, que passa por processo de envase em recipiente apropriado para sua distribuição no mercado; é consumida por indivíduos e famílias em domicílios e também em espaços públicos, como creches, escolas, locais de trabalho, unidades de saúde, restaurantes e áreas de grande circulação de pessoas, a exemplo das rodoviárias, dos aeroportos etc.

De acordo com a quantidade de sais minerais, oligoelementos e outros constituintes e parâmetros, a água pode ser considerada apenas natural ou natural e mineral, ambas classificadas como água engarrafada (Anvisa, 2022c).

O dispositivo normativo do Departamento Nacional de Produção Mineral do Ministério de Minas e Energia estabelece como “Fluoretada”, digno de nota, para a classificação da água mineral, a concentração mínima de 0,02 mg/L de fluoreto (Brasil, 2014).

Como o consumo de água com concentração acima de 0,9 mgF/L pode ser fator de risco para fluorose dentária em menores de 8 anos de idade (Frazão *et al.*, 2011), os requisitos sanitários das águas engarrafadas reproduzidos na Resolução 717 (Anvisa, 2022c) deveriam ser revistos (Venturini; Frazão, 2015).

Em relação à concentração de fluoreto, não há obrigatoriedade para o produtor informar que “contém fluoreto” se o produto contiver mais que 0,4 mg/L de fluoreto.

Acresce-se que o produtor deve informar que “*O produto não é adequado para lactentes e crianças com até sete anos de idade*”, somente quando contiver mais que 2 mg/L de fluoreto, o que significa um valor excessivo não sustentável pelas evidências científicas correntes.

6.3 Produtos para higiene bucal

Cosméticos e produtos para higiene bucal (como escovas dentais, dentifrícios, enxaguatórios, fios/fitas dentais) devem ser objeto da vigilância sanitária.

Considerando que escovas com cerdas inadequadas podem ocasionar lesões gengivais e desgastes nas regiões cervicais das coroas dentárias, a entidade nacional, como a American Dental Association, mantém um comitê para estabelecer padrões de qualidade para escovas dentais manuais (ANSI/ADA, 2015).

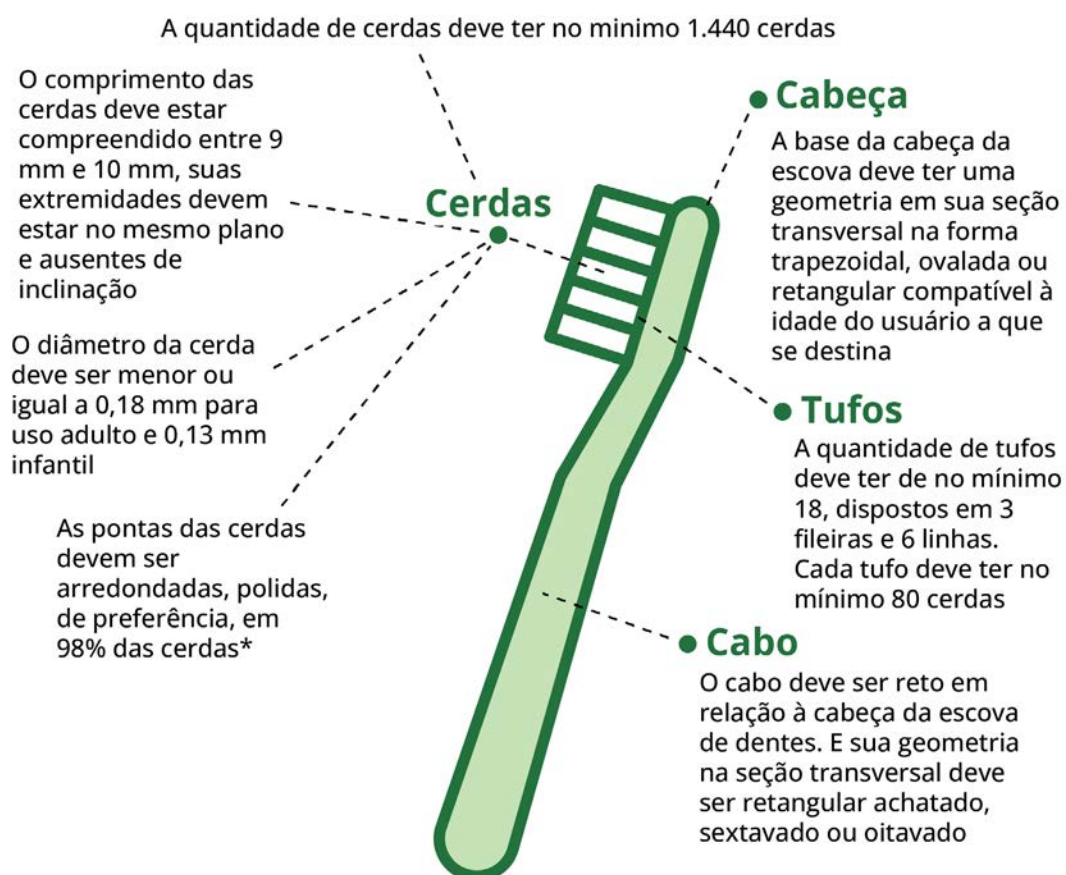
Uma avaliação morfológica das cerdas de escovas dentárias importadas comercializadas no mercado brasileiro mostrou que apenas 1/3 delas apresentavam cerdas completamente arredondadas (Silva *et al.*, 2002). Na Coreia do Sul, análise de dez diferentes marcas de escovas dentais infantis mostrou que a porcentagem de cerdas arredondadas aceitáveis variou de 1,4 a 20,2%, um valor muito baixo em comparação com os rótulos que indicavam cerda arredondada (Lee *et al.*, 2017).

Além disso, uma revisão da literatura mostrou que são poucos os estudos que avaliaram o tecido gengival exposto a diferentes tipos de cerdas de escovas dentais manuais (Ranzan; Muniz; Rösing, 2019). Embora a literatura científica seja inconclusiva do ponto de vista dos danos à saúde gengival, é tecnicamente recomendável que requisitos sanitários sejam definidos para assegurar propriedades físicas adequadas das escovas dentais manuais. Bass (1948) descreveu as características ótimas que uma escova dental deve possuir, que são, ainda no início do século XXI, importante fonte de referência.

Em nosso país, o dispositivo normativo determina requisitos para regularização sanitária de escova e fio dentais para limpeza dentária e de hastes para higiene da língua. A norma para cada produto contém a definição adotada, requisitos quanto ao material, à embalagem e rotulagem específica e aos ensaios que devem estar à disposição da autoridade sanitária (Anvisa, 2022b).

Em relação às escovas manuais, requisitos sobre o acabamento das pontas das cerdas, exigidos pela norma brasileira sobre escovas dentais de 1996 a fim de evitar dilacerações e achatamentos nas extremidades das cerdas, foram **injustificadamente suprimidos** (Brasil, 1996). Veja na figura abaixo quais eram eles:

Figura 17. Requisitos para escovas de dentes manuais segundo a Portaria 97/1996.



*Especificações obrigatórias para a avaliação a serem consideradas inadequadas ou adequadas para uso

Fonte: Adaptado de Sônia Regina Cardim de Cerqueira Pestana. Jornal da USP, 2023.

Os dentifrícios podem ser classificados em terapêuticos e não terapêuticos conforme a presença de determinadas substâncias e agentes ativos em sua composição. Os dentifrícios terapêuticos podem ser do tipo anticárie, antiplaca, antitártaro, clareador e para dentes sensíveis (Cury, 2002).

Dispositivo normativo que orienta sobre a definição, a classificação, os requisitos técnicos para rotulagem e embalagem, os parâmetros para controle microbiológico, bem como os procedimentos para a regularização dos artigos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes, incluindo os dentifrícios, separa os produtos em grau 1 e 2, em função da probabilidade de ocorrência de efeitos não desejados devido à sua formulação e às consequências decorrentes do uso inadequado.

Os dentifrícios infantis e os terapêuticos são considerados de grau 2 porque possuem indicações específicas, cujas características exigem comprovação de segurança e/ou eficácia, bem como informações, cuidados e modo e restrições de uso (Anvisa, 2024b).



PARA SABER MAIS

Para entender mais sobre dentifrício e a higiene bucal na infância, acesse:

[Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde: recomendações para higiene bucal na infância.](#)

Neste livro, o interesse é voltado aos dentifrícios fluoretados em virtude de sua importante contribuição para o controle e a prevenção da cárie dentária em nível populacional.

Para isso, a maioria da população deve dispor de produtos economicamente acessíveis e de boa qualidade, e utilizá-los na escovação pelo menos duas vezes por dia.

Para assegurar a qualidade, em 1989 foi aprovado dispositivo normativo estabelecendo a concentração mínima (1.100 ppm) e máxima (1.500 ppm) de fluoreto solúvel que o produto deveria apresentar caso o fabricante tivesse interesse na comercialização desse tipo de dentifrício. Entretanto, tal exigência foi removida em 1994 e, desde então, os requisitos sanitários fazem referência apenas à concentração máxima total de fluoreto, que não deve exceder 0,15% ou 1.500 ppm (Anvisa, 2021b).



IMPORTANTE

Observa-se que, ao longo do tempo, a norma deixou de lado um requisito sanitário muito importante ligado à disponibilidade de fluoreto solúvel. Com isso, são encontrados à venda, no mercado brasileiro, dentifrícios com concentração de fluoreto potencialmente ativo muito abaixo do valor e com efetividade reconhecida contra cárie.

A figura a seguir mostra as recomendações dos especialistas para assegurar a qualidade do dentifrício do ponto de vista da segurança em relação ao risco de fluorose dentária e da efetividade em relação à prevenção da cárie dentária (Cury *et al.*, 2020):

Figura 18. Padrões de qualidade e segurança para dentifrícios fluoretados.

	Não conter mais que 1.500 ppm (mg/kg) de Fluoreto Total – FT;
	Pelo menos 1.000 ppm do FT deve estar quimicamente solúvel (FST) na amostra fresca (recém-fabricada); e
	Manter pelo menos 800 ppm de fluoreto solúvel total pelo prazo de dois anos de fabricação do produto.

Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2025.

6.4 Equipamentos e materiais odontológicos

Os produtos para saúde compreendem os materiais de uso em saúde, equipamentos odontológicos, médicos e hospitalares e produtos para diagnóstico *in vitro*.

Apesar desse conceito constar em diversos documentos regulatórios, existe uma tendência de alterar tal denominação para “dispositivos médicos”, de modo a convergir com o termo medical devices, utilizado por autoridades regulatórias de outros países.

De uma gaze usada para um simples curativo no domicílio ou de um equipo para infusão intravenosa de soro fisiológico em um paciente ambulatorial até um tratamento oncológico por meio de um equipamento de radioterapia no hospital, verificam-se variadas combinações de benefício e risco à saúde associados ao uso da tecnologia que requerem regulação e vigilância dos Dispositivos Médicos – DMs.

A principal função da vigilância sanitária é proteger as pessoas, e a vigilância dos DMs é um campo de atuação diverso e complexo, que demanda expertise técnica qualificada para identificar, controlar e minimizar os riscos envolvidos na sua utilização diante do acelerado desenvolvimento tecnológico e da expansão dos serviços de saúde (Anvisa, 2021a).

Os países buscam atuar no controle do risco por meio de autoridades regulatórias, representadas por diversas instituições, tanto na fase pré-comercialização como na fase de pós-comercialização (tecnovigilância). Cumpre destacar que há diversidade nos modelos de regulação ao redor do mundo, no grau de exigências junto aos fabricantes, incluindo países em que não há regulação.

No Brasil, a vigilância de DMs é responsabilidade do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Ela é feita por meio de ações coordenadas entre os três entes da federação, que assumem distintas responsabilidades no gerenciamento do risco de DMs — tanto nas questões autorizativas (pré-mercado) como de pós-mercado (Anvisa, 2021a).

A Anvisa possui atribuições específicas (e exclusivas), como o registro do produto, a autorização de funcionamento das empresas e a concessão do certificado de Boas Práticas de Fabricação – BPFs. Para isso, os materiais e equipamentos médicos são classificados em diferentes categorias de risco, enquanto os produtos para diagnóstico de uso in vitro obedecem à classificação de acordo com risco individual e coletivo.

A figura a seguir destaca a classificação de risco dos materiais e equipamentos médicos:

Figura 19. Classificação de risco dos materiais e equipamentos médicos.

Risco I	Baixo risco (a exemplo da cama hospitalar).
Risco II	Médio risco baixo (a exemplo dos equipamentos de ultrassom, dos implantes dentários etc.).
Risco III	Médio risco alto (a exemplo dos aparelhos de raio X).
Risco IV	Alto risco (a exemplo dos marca-passos).

Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2025.

Aqueles de classe de risco I e II sofrem processo de notificação ou cadastro e não necessitam de revalidação; enquanto os incluídos nas classes III e IV devem ser registrados, sendo obrigatória a apresentação de certificado de BPFs assim como de dados de pesquisa clínica.

Produtos específicos passam pelo processo de certificação — uma responsabilidade do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia – Inmetro em trabalho articulado com a Anvisa. As ações de inspeção, fiscalização e tecnovigilância são de competência dos diferentes níveis e órgãos do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (Melchior; Waissmann, 2019).

No Brasil, a Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT e a Organização Internacional para Normatização (*International Organization for Standardization* – ISO), entre outras associações, atuam conjuntamente na padronização, no monitoramento e na medição dos processos de fabricação, de manutenção dos registros, de inspeção de qualidade e de revisão sistemática dos processos.

Além disso, compete à Anvisa o monitoramento da qualidade dos DMs produzidos por indústrias nacionais e importadas. Os produtos devem ser registrados, notificados ou considerados isentos de registro, de acordo com os critérios de risco e o cumprimento dos requisitos de BPFs, sendo concedida a prorrogação da certificação após avaliação anual (Anvisa, 2022a).

É necessário comprovar que o produto para saúde é eficaz e seguro para utilização em humanos e que atende aos critérios e pré-requisitos definidos pela norma, conforme a classe e o enquadramento do produto (Jacomio *et al.*, 2016).

Em que pese o estabelecimento de mecanismos de controle para a regularização dos DMs, é impossível antecipar todos os riscos ou todas as situações de uso de um produto. Por isso, as autoridades devem instituir também mecanismos de controle após a comercialização, como forma de gerenciar riscos.

Regulamentos e diretrizes referentes às BPFs geralmente definem que fabricantes devem avaliar todas as reclamações relacionadas ao comportamento de seus produtos, decidindo quais devem ser investigadas ou não, e, quando cabível, desenvolver ações de correção e de prevenção.

Como forma de conhecer o comportamento dos produtos no mercado, as autoridades regulatórias trabalham com notificações de eventos adversos graves relacionados ao uso dos produtos e a queixas técnicas com potencial ou não de contribuir para evento adverso grave (Melchior; Waissmann, 2019).

Eventos adversos consistem de lesões não intencionais ocasionadas pelo cuidado, e não pelo progresso natural da doença de base, enquanto as queixas técnicas são notificações de suspeita de alteração ou irregularidade de um produto ou empresa com relação a aspectos técnicos ou legais, passíveis de causar danos à saúde individual ou coletiva (Anvisa, 2021a).

Considerando a necessidade de promover a identificação oportuna de problemas relacionados com os serviços e produtos sob vigilância sanitária, comercializados ou não, a fim de eliminar ou minimizar os riscos, decorrentes do seu uso, foi implantado em 2006, sob a coordenação da Anvisa, o Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária – NOTIVISA.

NOTIVISA

Trata-se de um sistema informatizado para apoiar o monitoramento, a análise e a investigação dos eventos adversos e das queixas técnicas relacionados aos serviços e aos produtos de interesse da vigilância sanitária na fase de pós-comercialização/pós-uso (Vigilância Sanitária Pós-Usado/Pós-Comercialização de Produtos – Vigipós).

O dispositivo normativo estabeleceu as competências da Anvisa, em articulação com a SVS do Ministério da Saúde, e as atribuições dos gestores estaduais e municipais (Brasil, 2009b).



OBSERVAÇÃO DO AUTOR

Em 2023, o sistema iniciou uma transição para uma nova ferramenta denominada e-Notivisa. As notificações podem ser feitas por qualquer cidadão que tenha um Cadastro de Pessoa Física. Acesse:

[e- Notivisa.](#)

Representantes e dirigentes de empresas podem acessar usando a plataforma Gov.br através do endereço específico do e-Notivisa Empresa.

Atividades de educação permanente devem ser oferecidas aos:

- Profissionais e trabalhadores dos serviços de saúde;
- Profissionais e técnicos do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;
- Profissionais de laboratórios de saúde pública, de universidades e de centros de pesquisa;
- Profissionais que atuam em drogarias e farmácias; profissionais das empresas detentoras de registro de produtos sob vigilância sanitária (fabricantes, importadores e distribuidores);
- Profissionais de saúde de prática autônoma; e
- Cidadãos em geral, como pacientes, familiares, acompanhantes, e cuidadores, com a finalidade de disseminar o conhecimento e encorajar o uso do sistema diante da suspeita de alguma irregularidade.

Na prática odontológica, existem situações em que se observam defeitos nos materiais odontológicos antes ou durante o seu uso, como rolos de algodão ineficientes para um bom isolamento relativo, materiais de moldagem com tempo de presa alterado, luvas perfuradas, fios de sutura rompidos, agulhas com pouco poder de penetração em mucosas, entre outras ocorrências ligadas à baixa qualidade dos produtos. Veja algumas dessas situações a seguir:

Luvas de procedimento

Avaliando a integridade de luvas de procedimento de cinco marcas comerciais utilizadas pelos ortodontistas de um curso de especialização, pesquisadores verificaram que 15,6% das luvas apresentaram perfurações.

As posições mais afetadas foram a palma da mão, com 79,5%, e os dedos, com 82,2%, revelando que, apesar de as luvas serem um método eficaz de proteção individual, são passíveis de falhas (Leal *et al.*, 2004).

Em uma base de dados do Centro Regional de Farmacovigilância do Nordeste da Argentina, o maior volume de incidentes adversos estava associado ao látex presente nas luvas, no dique de borracha e nos elásticos intermaxilares de uso ortodôntico (Valsecia; Rocha; Santos, 2007).

Implantes dentários

Analizando o recolhimento (*recall*) de produtos odontológicos nos Estados Unidos da América, pesquisadores descobriram que os eventos adversos relacionados aos implantes representaram, no período compreendido de 1996 a 2011, 53,5% do total de eventos informados de produtos odontológicos (Hebballi *et al.*, 2015).

No Brasil, dados atualizados em 30 de junho de 2020 indicavam que os implantes dentários ocupavam a quarta posição entre os dispositivos médicos mais frequentemente notificados no sistema de tecnovigilância no período de 2007 a 2019 (Anvisa, 2021a).

As informações recebidas por meio do e-Notivisa são importantes para apoiar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária na identificação de reações adversas ou efeitos não-desejados dos produtos odontológicos. Com isso, é possível sistematizar o conhecimento sobre os efeitos desses produtos, para reunir evidências sobre a necessidade de aprimorar sua fabricação, ou as recomendações sobre seu uso e cuidados, com a finalidade de proteção à saúde, por meio da regulação dos produtos comercializados no país.

Várias ações podem ser adotadas pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como:

Agrupamento das notificações até que mais dados sejam recebidos, abertura de processo de investigação, realização de inspeções nos estabelecimentos envolvidos, coleta de amostras para análise fiscal, elaboração e divulgação de alertas e informes, alteração nas bulas/ rótulos dos produtos, restrição de uso ou comercialização, interdição de lotes ou cancelamento de registro.

O ente competente poderá entrar em contato com o notificador para esclarecer dúvidas, obter informações adicionais ou acompanhar os desdobramentos do caso notificado (Anvisa, 2021a).

Entre os casos que ilustram a relevância dessas ações, destacam-se:

A norma que sujeitou a comercialização de clareadores dentais que contêm em sua composição mais que 3% de peróxido de hidrogênio à apresentação de prescrição por profissional legalmente habilitado, na forma de receita simples (Anvisa, 2015); e

A norma que proibiu a fabricação, a importação, a comercialização e o uso em serviços de saúde do mercúrio e do pó para liga de amálgama não encapsulado indicados para uso em odontologia (Anvisa, 2017).

Por outro lado, há demandas que exigem regulamentação que não foram satisfeitas (Jacomio *et al.*, 2016).

Muitas vezes, por desconhecimento, os profissionais de saúde, incluindo dentistas e profissionais auxiliares da equipe de Saúde Bucal, não dispensam a devida atenção a esses fatos em decorrência da falta de informação e de orientação sobre qual conduta tomar em casos de desvios de qualidade de produtos utilizados no consultório odontológico.

Nem toda notificação gera uma medida sanitária, seja ela regulatória ou não. Frequentemente, é necessário um conjunto de notificações para que as informações geradas sejam consistentes a ponto de desencadear ações por parte do sistema (Rodrigues *et al.*, 2015). Por isso, é extremamente importante notificar sempre que houver suspeita de um incidente, de evento adverso ou de desvio de qualidade de um equipamento, material ou produto odontológico.

6.5 Serviços odontológicos

Todos os estabelecimentos, públicos ou privados, que prestam serviços odontológicos são serviços de saúde que necessitam de licença sanitária para seu funcionamento, em decorrência dos riscos de natureza ergonômica, física, química e biológica que esses ambientes e os processos de trabalho neles desenvolvidos possam representar para profissionais, trabalhadores e usuários.

A vigilância deve examinar as condições dos estabelecimentos, o cumprimento dos diversos requisitos atinentes às suas finalidades, os meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, usuários e circunstantes, incluindo o manuseio e a destinação dos resíduos (Costa, 2009).

Na assistência odontológica, uma importante preocupação dos países continua a ser dirigida para as medidas de controle de infecção.



Estudos sobre a aplicação de procedimentos de controle de infecção em consultórios odontológicos têm mostrado importantes disparidades (Frazão; Bortolotti, 2006; Abreu *et al.*, 2017; Fonseca *et al.*, 2021).



O rigor das recomendações e das exigências estabelecidas pelas autoridades em vários países aumentou com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, nos anos 1990, e com a Doença do Coronavírus identificada em 2019 (Cabrera-Tasayco *et al.*, 2020; Croser, 2020), e as diretrizes têm sido constantemente atualizadas (Deana *et al.*, 2021).

No Brasil, a publicação do livro “*Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de Riscos*”, pela Anvisa, em 2006, foi um importante passo para a uniformização de termos/expressões, para a disseminação de conceitos e para a sistematização de medidas de precaução universal (Brasil, 2006). Durante a pandemia de covid-19, uma nota técnica atualizou algumas orientações (Anvisa, 2020).

O livro traz orientações detalhadas sobre os requisitos para aprovação do projeto de estrutura física incluindo, entre outros aspectos, o dimensionamento das áreas, as instalações elétricas e hidráulicas e as condições de proteção radiológica.

As medidas de precaução-padrão são descritas, a exemplo da higienização das mãos, dos equipamentos de proteção individual, do fluxo e do processamento de artigos, do processamento de superfícies, linhas de água, roupa e limpeza geral e dos procedimentos para abordar os riscos ocupacionais, incluindo a imunização dos profissionais, os acidentes de trabalho e as condutas pós-exposição.

Também são apresentadas as indicações de antibioticoprofilaxia para prevenção de infecções nos pacientes de alto e médio risco para desenvolver endocardites bacterianas e naqueles que foram submetidos à artroplastia com colocação de prótese total para prevenção de endocardites bacterianas.

Os cuidados com o órgão dental e os bancos de dentes, o gerenciamento de resíduos em serviços odontológicos e a manutenção preventiva de equipamentos também são abordados em tópicos específicos, incluindo a documentação e as condições para funcionamento dos estabelecimentos de assistência odontológica.

Cabe às autoridades sanitárias locais dotar os órgãos de vigilância sanitária de trabalhadores e profissionais bem qualificados, para que as atividades de licenciamento e renovação da autorização e de inspeção, entre outras, sejam realizadas sob proteção da norma legal e por meio de instrumentos atualizados e embasados em evidência científica consistente.

Considerando a importância de ações de vigilância ocorrerem de maneira integrada, reflita:



REFLETINDO

Uma Coordenação de Saúde Bucal atua em uma região de saúde com vários municípios sob jurisdição de uma autoridade sanitária local, e nela há um sistema de informação que encoraja o registro de casos de fluorose moderada e de fluorose severa.

Examinando os registros nesse sistema de informação, a Coordenação identificou um número elevado de registros de casos de fluorose moderada e de fluorose severa durante quatro anos consecutivos em dois municípios.

Sabendo que o diagnóstico do agravo pode ser de difícil detecção e confirmação, em decorrência de outros defeitos e opacidades que ocorrem no esmalte dentário, e que um importante fator de risco é a água para consumo humano, quais providências externas e internas ao setor saúde devem ser adotadas pela Coordenação de Saúde Bucal?

Diante da identificação de um número elevado de casos de fluorose moderada e severa ao longo de quatro anos consecutivos em dois municípios, a Coordenação de Saúde Bucal deve adotar uma série de providências, tanto internas quanto externas ao setor da saúde, para investigar e mitigar a situação.

Primeiramente, é essencial que as autoridades competentes sejam devidamente informadas sobre o problema identificado. Além disso, é importante esclarecer os possíveis impactos caso nenhuma ação seja tomada.

Em seguida, a Coordenação deve solicitar à autoridade local de saúde que examine os dados referentes à concentração de fluoreto na água de consumo humano durante o período, registrados pelo prestador dos serviços de abastecimento de água e pelo órgão de vigilância local no SISAGUA. A partir dessa análise, é fundamental projetar as providências decorrentes para diferentes cenários.

Além disso, a Coordenação deve solicitar à autoridade local de saúde um reexame minucioso dos indivíduos diagnosticados com fluorose moderada e severa, a fim de confirmar os casos identificados. Para aqueles em que o diagnóstico for validado, deve-se conduzir uma investigação detalhada das possíveis causas do agravo. E, assim como na análise da água, também é imprescindível delinear providências para diferentes cenários.

Considerações finais

A ampliação das práticas da vigilância em saúde pública e sua aplicação ao campo da Saúde Bucal fizeram florescer um importante conjunto de conhecimentos voltados à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao controle dos riscos relacionados aos agravos em Saúde Bucal.

Neste livro, discutimos como tais conhecimentos são necessários para dar sustentação às ações sob competência das instituições de vigilância e proteção à saúde. Considerando as relações comuns entre os objetivos, as fontes de dados, os métodos e os procedimentos de avaliação aplicados no interior das vigilâncias epidemiológica, ambiental, da saúde do trabalhador e sanitária, ampliar o domínio e a disseminação desses conhecimentos entre os profissionais e trabalhadores dessas instituições é essencial para o aprimoramento dos sistemas eletrônicos de coleta de dados, produção da informação e integração das atividades. Isto é, com o constante avanço dos conhecimentos científico-tecnológicos, manter plataformas eletrônicas de educação permanente dos profissionais e trabalhadores da vigilância é imprescindível.

Esse esforço de integração das quatro vigilâncias e dos dois sistemas nacionais (o de Vigilância em Saúde e o de Vigilância Sanitária) pode ir além do compartilhamento funcional de estruturas físicas e logísticas, de áreas de assessoria jurídica e de plataformas eletrônicas comuns, alcançando o modelo de atenção à saúde vigente em cada território.

É dessa diferença de escopo e alcance que alguns especialistas distinguem conceitualmente as expressões “vigilância em saúde” e “vigilância da saúde”.

Vigilância em Saúde

Usada para definir a articulação das práticas de vigilância (epidemiológica, ambiental, da saúde do trabalhador e sanitária) no plano institucional da investigação dos riscos, da produção das informações, da elaboração das normas e da implementação das ações de proteção.

Vigilância da Saúde

Referencial teórico para orientar o desenvolvimento de um processo de reorganização das práticas de saúde de um sistema local, que assume como objeto de trabalho os problemas de saúde de indivíduos, grupos e populações que vivem em determinados territórios.

Vale lembrar que o ponto de partida para o desenvolvimento de ações é a delimitação de um território-população, sobre o qual profissionais de saúde e representantes da população organizada analisam os problemas de saúde e propõem intervenções que incidam sobre seus determinantes, condicionantes e efeitos.

O processo de deliberação sobre os problemas e as respectivas intervenções apoia-se em abordagens participativas de planejamento (Teixeira; Vilasboas, 2023). Esse referencial é utilizado para designar uma forma específica de planejar, organizar, executar e avaliar as ações de saúde, individuais e coletivas, a fim de imprimir um modelo de resposta aos problemas e às necessidades de Saúde Bucal, que busque atuar simultaneamente sobre o controle dos danos, dos riscos e das causas (Ely *et al.*, 2013).

Especialistas têm apontado as limitações das bases teóricas dos principais meios e estratégias mobilizadas pelos países para responder às necessidades de Saúde Bucal das populações. Em especial, descrevem-se as insuficiências tanto da concepção biomédica para orientar as práticas na assistência odontológica em nível individual quanto da odontologia sanitária para implementar as medidas em nível populacional.

IMPORTANTE

Propostas referenciadas nas teorias da produção do cuidado e nas perspectivas integradoras do modelo da Vigilância da Saúde são compatíveis com as diretrizes do SUS, cuja estrutura normativa oferece inúmeras oportunidades de mudança das práticas sob orientação dessas novas abordagens e conhecimentos, favorecendo o cuidado integrado por meio de redes de atenção à Saúde Bucal, conforme a dinâmica populacional e societária em cada território (Carneiro; Cruz; Frazão, 2024).

Com isso, é possível elaborar e desenvolver planos integrados de vigilância da Saúde Bucal que abordem múltiplas dimensões, como: promoção e proteção à saúde; prevenção de doenças; diagnóstico precoce e manejo de doenças e agravos.

Em documento técnico publicado em 2024, o Ministério da Saúde, identificou várias ações estratégicas sob responsabilidade das autoridades sanitárias do SUS, relacionadas à alocação de recursos para implementação das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, tanto na dimensão das políticas públicas quanto na dimensão do cuidado à saúde, derivadas de cada diretriz da “Lei da Saúde Bucal no SUS” (Brasil, 2024a).

Algumas dessas ações estratégicas buscam facilitar a incorporação de atividades de vigilância no âmbito da Atenção Primária à Saúde – APS, a exemplo do desenvolvimento de esforços para qualificar:

“ (...) os sistemas de informação em saúde em todos os níveis de atenção, com registros ágeis, fáceis, confiáveis, contínuos e interoperáveis, priorizando o uso de recursos e dispositivos validados pelo Ministério da Saúde, com destaque para o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) (Brasil, 2024a, p. 24). ”

Esse prontuário é utilizado tanto na atenção básica (PEC-APS) quanto na atenção especializada (PEC-CEO), incluindo os demais instrumentos e ferramentas desenvolvidos com o propósito de aprimorar esses recursos (Brasil, 2024a).

Recomenda-se também o desenvolvimento de:

“ (...) instrumentos e recursos para a disseminação de dados e informações, relacionados com a vigilância da saúde bucal em populações, tanto as de interesse de gestores e profissionais da saúde, quanto as de interesse da cidadania em geral e, portanto, de conselheiros(as) de saúde, para viabilizar processos participativos de vigilância da saúde bucal. Salas de situação para gestores e painéis informativos em plataformas digitais de acesso público, são exemplos de possibilidades relacionadas com essa ação estratégica (Brasil, 2024a, p. 25). ”



REFLETINDO

Em que pesem as restrições observadas nas práticas da vigilância da Saúde Bucal nos territórios (Gomes *et al.*, 2020a) e o contexto brasileiro, marcado pela disputa entre políticas do Estado de bem-estar social e políticas do Estado neoliberal, como será o futuro dos sistemas universais de saúde, incluindo o brasileiro?

O futuro dos sistemas universais de saúde dependerá de medidas de contenção às tendências correntes que ameaçam a sua sustentabilidade, entre as quais está a mercantilização impulsionada por um modelo biomédico procedimento-centrado, que se ajusta à lógica de mercado e ao modelo gerencial baseado em produção de consultas.

Tal quadro leva à realização de procedimentos desnecessários (medicalização), destinados apenas aos sintomas da queixa principal das doenças e agravos. Esse processo de mercantilização e de medicalização da resposta dada pelo sistema de saúde se afasta cada vez mais da produção do cuidado centrado nas necessidades de saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade.

A adoção das medidas de contenção vai depender do grau de inserção das diretrizes instituídas pela Lei da Saúde Bucal no SUS na agenda das autoridades sanitárias, das entidades comunitárias e profissionais e dos Conselhos de Saúde, que reúnem representantes de usuários, das comissões intergestores e dos organismos de fiscalização do Poder Legislativo e do Poder Judiciário comprometidos com a implementação de estratégias para a efetivação da Lei.

O processo de articulação horizontal das diferentes ações e instituições no âmbito do território e de articulação vertical das instâncias governamentais com vista a uma atuação coordenada e harmônica deve ser visto como um desafio permanente.

Esperamos que este livro tenha contribuído para ampliar seus conhecimentos e que juntos possamos promover a integração das práticas de vigilância à atenção à saúde nos diferentes âmbitos (primário, especializado e hospitalar), reconhecendo que a utilização de um referencial teórico apropriado é condição fundamental para assegurar efetividade, eficiência, sustentabilidade e resiliência aos sistemas universais de saúde. Até a próxima!

Referências

ABREU, M. H. N. G. *et al.* Regional differences in infection control conditions in a sample of primary health care services in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 11, nov. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00072416>. Acesso em: 19 fev. 2025.

AITH, F.; DALLARI, S. G. Vigilância em saúde no Brasil: os desafios dos riscos sanitários do século XXI e a necessidade de criação de um sistema nacional de vigilância em saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 10, n. 2, p. 94-125, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v10i2p94-125>. Acesso em: 19 fev. 2025.

ALMEIDA, T. F.; VIANNA, M. I. P. O Papel da epidemiologia no planejamento das ações de saúde bucal do trabalhador. **Saúde & Sociedade**, v. 14, n. 3, p. 144-54, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902005000300010>. Acesso em: 19 fev. 2025

ANSI/ADA. **Standard N.º 119: Manual Toothbrushes**. Chicago, IL: American Dental Association, 2015.

ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. **Epidemiologia da Saúde Bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. 441p.

ANVISA. **Manual de Tecnovigilância**: uma abordagem sob ótica da vigilância sanitária. Brasília, DF: ANVISA, 2021a. Disponível em: <http://bibliotecadigital.anvisa.gov.br/jspui/handle/anvisa/1184>. Acesso em: 19 fev. 2025.

ANVISA. **Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA 04/2020**. Orientações para Serviços de Saúde: Medidas de Prevenção e Controle que Devem ser Adotadas Durante a Assistência aos Casos Suspeitos ou Confirmados de Infecção pelo Novo Coronavírus (SARS-CoV-2). [Brasília, DF]: Anvisa, 2020. Disponível em: http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/nota_tecnica_n_04-2020_gvims-ggtes-anvisa-atualizada-27-10-2020.pdf. Acesso em: 19 fev. 2025.

ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n.º 173, de 15 de setembro de 2017. Proíbe em todo o território nacional a fabricação, importação e comercialização, assim como o uso em serviços de saúde, do mercúrio e do pó para liga de amálgama não encapsulado indicados para uso em Odontologia.

Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 154, n.º 179, p. 46, 18 set. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=18/09/2017&jornal=1&pagina=46&totalArquivos=88>. Acesso em: 19 fev. 2025.

ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n.º 751, de 15 de setembro de 2022. Dispõe sobre a classificação de risco, os regimes de notificação e de registro, e os requisitos de rotulagem e instruções de uso de dispositivos médicos. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano 140, n.º 180, p. 172–177, 21 set. 2022a. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=21/09/2022&jornal=515&pagina=172&totalArquivos=195>. Acesso em: 19 fev. 2025.

ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n.º 6, de 6 de fevereiro de 2015. Dispõe sobre agentes clareadores dentais classificados como DM. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano 152, n.º 27, p. 60, 9 fev. 2015. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=09/02/2015&jornal=1&pagina=60&totalArquivos=132>. Acesso em: 19 fev. 2025.

ANVISA. Resolução n.º 530, de 4 de agosto de 2021. Dispõe sobre a lista de substâncias que os produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes não devem conter exceto nas condições, e com as restrições estabelecidas, a lista de componentes de fragrâncias e aromas que devem ser indicados na rotulagem desses produtos em condições específicas e internaliza a Resolução GMC MERCOSUL n.º 24/11, alterada pela Resolução GMC MERCOSUL n.º 37/20.

Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 119–129, 11 ago. 2021b. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=11/08/2021&jornal=515&pagina=119&totalArquivos=151>. Acesso em: 19 fev. 2025.

ANVISA. Resolução n.º 640, de 24 de março de 2022. Dispõe sobre a regularização de produtos de higiene pessoal descartáveis destinados ao asseio corporal, que compreendem escovas e hastes para higiene bucal, fios e fitas dentais, absorventes higiênicos descartáveis, coletores menstruais e hastes flexíveis. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 160, n.º 61, p. 305–308, 30 mar. 2022b. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=30/03/2022&jornal=515&pagina=305&totalArquivos=338>. Acesso em: 19 fev. 2025.

ANVISA. Resolução n.º 717, de 1 de julho de 2022. Dispõe sobre os requisitos sanitários das águas envasadas e do gelo para consumo humano. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 160, n.º 126, p. 190–191, 6 jul. 2022c. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=06/07/2022&jornal=515&pagina=190&totalArquivos=280>. Acesso em: 19 fev. 2025.

ANVISA. Resolução n.º 879, de 28 de maio de 2024. Proíbe em todo o território nacional a fabricação, importação e comercialização, assim como o uso em serviços de saúde, do mercúrio e do pó para liga de amálgama não encapsulado indicados para uso em Odontologia. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 142, n.º 104, p. 83, 3 jun. 2024a. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=03/06/2024&jornal=515&pagina=83&totalArquivos=176>. Acesso em: 19 fev. 2025.

ANVISA. Resolução n.º 907, de 19 de setembro de 2024. Dispõe sobre a definição, a classificação, os requisitos técnicos para rotulagem e embalagem, os parâmetros para controle microbiológico, bem como os requisitos técnicos e procedimentos para a regularização de produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 162, n.º 184, p. 212–215, 23 set 2024b. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=23/09/2024&jornal=515&pagina=212&totalArquivos=276>. Acesso em: 19 fev. 2025.

BASS, C. C. The optimum characteristics of toothbrushes for personal oral hygiene. **Dental Items Interest**, v. 70, p. 696–718, 1948. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18871313/>. Acesso em: 19 fev. 2025.

BELOTTI, L.; PAULINO, C. M.; FRAZÃO, P. Municipality-level characteristics associated with very good quality water fluoridation in Brazil in 2018. **Brazilian Oral Research**, v. 38, p. e082, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2024.vol38.0082>. Acesso em: 19 fev. 2025.

BIACHIN, M. D. *et al.* Avaliação da qualidade de comprimidos de propranolol e enalapril distribuídos no sistema público de saúde de uma cidade do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 491–498, fev., 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000200022>. Acesso em: 19 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de Riscos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 156 p. Disponível em: https://antigo.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=271950&_101_type=document. Acesso em: 19 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 588, de 12 de julho de 2018**. [Brasília, DF]: MS, 2018a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/res0588_13_08_2018.html. Acesso em: 19 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília, DF: SVS/SAS/MS; 2010. 108 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_vigilancia_saude.pdf. Acesso em: 19 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. 56p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/publicacoes/guia-de-recomendacoes-para-o-uso-de-fluoretos-no-brasil.pdf/view>. Acesso em: 19 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para remoção do excesso de flúor em águas naturais**. Santa Cruz do Sul: UNISC, 2018b. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/biblioteca-eletronica/publicacoes/estudos-e-pesquisas1/-/asset_publisher/qGiy9skHw4ar/content/manual-para-remocao-do-excesso-de-fluor-em-aguas-naturais?inheritRedirect=false. Acesso em: 19 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Bucal: ações estratégicas para implementar as diretrizes da Lei 14.572/23**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2024/09/politica_nacional_saude_bucal_acoes.pdf. Acesso em: 19 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n.º 5, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. [Brasília, DF]: MS, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia/legislacao/portaria-de-consolidacao-no-05-de-28-de-setembro-de-2017.pdf/view>. Acesso em: 19 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.469, de 29 dez. 2000.** Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt1469_29_12_2000.html#:~:text=DAS%20DISPOSI%C3%87%C3%95ES%20PRELIMINARES-,Art.,ao%20padr%C3%A3o%20de%20potabilidade%20e. Acesso em: 19 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.660, de 22 de julho de 2009.** Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária - VIGIPOS, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: MS, 2009b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1660_22_07_2009.html. Acesso em: 19 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.823, de 23 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 19 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.999, de 27 de novembro de 2023. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5, de 28 de setembro de 2017, para atualizar a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, edição 226, seção I, 29 nov. 2023a, p. 99. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.999-de-27-de-novembro-de-2023-526629116>. Acesso em: 19 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 888, de 4 de maio de 2021. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, edição 96, seção 1, p. 69, 24 maio 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-888-de-4-de-maio-de-2021-318461562>. Acesso em: 19 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. **SB Brasil 2023: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. 537 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sb_brasil_2023_relatorio_tecnicoimp.pdf. Acesso em: 05 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental. **Programa Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde Relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano**. Brasília, DF: MS, 2005. 106p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_agua_consumo_humano.pdf. Acesso em: 19 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Portaria n.º 97, de 26 de junho de 1996**. [Brasília, DF]: MS, 1996. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs1/1996/prt0097_26_06_1996.html. Acesso em: 19 fev. 2025.

BRASIL. Ministério de Minas e Energia. Portaria n.º 540, de 18 de dezembro de 2014. Estabelece limites mínimos dos elementos dignos de nota, para a classificação das águas minerais. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 151, n.º 246, p. 241, 19 dez 2014. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=19/12/2014&jornal=1&pagina=241&totalArquivos=432>. Acesso em: 19 fev. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 19 fev. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n.º 3.029, de 16 de abril de 1999**. Aprova o Regulamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1999. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3029.htm. Acesso em: 19 fev. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n.º 79.056, de 30 de dezembro de 1976. Dispõe sobre a organização do Ministério da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 178, 07 jan. 1976. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-79056-30-dezembro-1976-428077-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 19 fev. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 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 n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. Brasília, DF: MS, 2023b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14572.htm. Acesso em: 19 fev. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 3.987, de 2 de janeiro de 1920.** Reorganiza os serviços de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Presidência da República, 8 jan. 1920. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1920-1929/lei-3987-2-janeiro-1920-570495-publicacaooriginal-93627-pl.html>. Acesso em: 19 fev. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 6.259, de 30 de outubro de 1975.** Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1975. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm. Acesso em: 19 fev. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 19 fev. 2025.

CABRERA-TASAYCO, F. P. *et al.* Biosafety Measures at the Dental Office After the Appearance of COVID-19: A Systematic Review. **Disaster Medicine and Public Health Preparedness**, v. 15, n. 6, e34–e38, 27 jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.269>. Acesso em: 19 fev. 2025.

CARLI, B. M. G. *et al.* Doenças ocupacionais com manifestações bucais: revisão de literatura. **Odonto**, v. 20, n. 40, p. 49–55, 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/272411392_Doencas_Ocupacionais_com_Manifestacoes_Bucais. Acesso em: 19 fev. 2025.

CARNEIRO, J. D. B.; CRUZ, D. S.; FRAZÃO, P. Integração da saúde bucal na rede de atenção do Sistema Único de Saúde. *In*: ALMEIDA, P. F.; CASOTTI, E. **Coordenação e continuidade do cuidado: práticas e trajetórias assistenciais na Rede de Atenção à Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2024. 258p.

CARVALHO, C. L. A transformação no mercado de serviços odontológicos e as disputas pelo monopólio da prática odontológica no século XIX. **História, Ciência & Saúde**, Manguinhos, v. 13, n. 1, p. 55-76, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702006000100004>. Acesso em: 19 fev. 2025.

CASOTTI, E. *et al.* Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de desordens com potencial de malignização do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1573-82, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.10742>. Acesso em: 19 fev. 2025.

CASTRO, J. D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologias**, v. 4, n. 7, p. 122-136, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-45222002000100005>. Acesso em: 19 fev. 2025.

CECOL/USP. **Consenso técnico sobre classificação de águas de abastecimento público segundo o teor de flúor**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2011. Disponível em: https://cecol.fsp.usp.br/dcms/uploads/arquivos/1398177715_CECOL-USP-ClassificacaoAguasSegundoTeorFluor-DocumentoConsensoTecnico-2011.pdf. Acesso em: 19 fev. 2025.

CECOL/USP. **Parecer Técnico-Científico: riscos ambientais do uso de mercúrio na prática odontológica**. São Paulo: CECOL/USP, 2013. Disponível em: https://cecol.fsp.usp.br/dcms/uploads/arquivos/1736695665_CECOL-USP-Parecer-AvaliaRiscoAmbientalUsoMercurioPraticaOdonto-MinisterioDaSaude-14nov2013.pdf. Acesso em: 19 fev. 2025.

COSTA, E. A. **Vigilância Sanitária: temas para debate**. Salvador: EDUFBA, 2009. 237p.

CROSER, D. Infection control since HIV. **BDJ In Practice**, v. 33, n. 4, p. 24-24, abr. 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/340455999_Infection_control_since_HIV. Acesso em: 19 fev. 2025.

CURY, J. A. Dentifrícios: como escolher e como indicar. In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS. **Odontologia**. São Paulo: Artes Médicas - Divisão Odontológica, 2002. p. 281-95.

CURY, J. A. *et al.* Dentifrícios fluoretados e o SUS-Brasil: O que precisa ser mudado? **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 9-27, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v14i1.2631>. Acesso em: 19 fev. 2025.

DEAN, H. T.; ELVOVE, E. Some Epidemiological Aspects of Chronic Endemic Dental Fluorosis. **American Journal Public Health Nations Health**, v. 26, n. 6, p. 567–75, 1936. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.26.6.567>. Acesso em: 19 fev. 2025.

DEANA, N. F. *et al.* Recommendations for Safe Dental Care: A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines in the First Year of the COVID-19 Pandemic. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 19, p. 10.059, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph181910059>. Acesso em: 19 fev. 2025.

DECLICH, S.; CARTER, A. O. Public health surveillance: historical origins, methods and evaluation. **Bulletin World Health Organization**, v. 72, n. 2, p. 285–304, 1994. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8205649/>. Acesso em: 19 fev. 2025.

ELY, H. C. *et al.* Vigilância da Saúde Bucal. In: ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. **Epidemiologia da Saúde Bucal**. 2. ed. São Paulo; Santos; 2013. p. 509–538.

ENCONTRO NACIONAL DE ADMINISTRADORES E TÉCNICOS DO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO, 14., 1998, Fortaleza. **Anais [...]**. Fortaleza: [editora desconhecida], 1998. p. 9–13.

ESCOREL, S., TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 333–384. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0013>. Acesso em: 19 fev. 2025.

FONSECA E. P. *et al.* A description of infection control structure in primary dental health care, Brazil. **BioMed Research International**, v. 2021, n. 1, ID 5369133, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2021/5369133>. Acesso em: 19 fev. 2025.

FRANCO, G. *et al.* D. Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1a Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3137–3148, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.18092017>. Acesso em: 19 fev. 2025.

FRAZÃO, P.; BORTOLOTTI, M. G. L. B. Desigualdades nas condições de controle de infecção em consultórios odontológicos em município brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 965–974, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500009>. Acesso em: 19 fev. 2025.

FRAZÃO, P. *et al.* O modelo de vigilância da água e a divulgação de indicadores de concentração de fluoreto. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 274–86, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811622>. Acesso em: 19 fev. 2025.

FRAZÃO, P. *et al.* O papel da Saúde Bucal Coletiva na vigilância e na atenção básica à saúde frente à COVID-19. In: SOUSA NÉTTO, O. B. *et al.* (Org.). **Diálogos Bucaleiros: reflexões em tempos pandêmicos**. 1ed. São Paulo: Pimenta Cultural, 2021, v. 1, p. 313–330. Disponível em: <http://pimentacultural.com/livro/dialogos-bucaleiros>. Acesso em: 19 fev. 2025.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Recomendações em relação ao parâmetro fluoreto para as atividades de vigilância da água em nível local. **Boletim da Rede Brasileira de Vigilância da Fluoretação da Água**, v. 5, n. 1, p. 1–13, 2021. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/003047215>. Acesso em: 19 fev. 2025.

FRAZÃO, P.; PERES, M. A.; CURY, J. A. Qualidade da água para consumo humano e concentração de fluoreto. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 964–73, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000046>. Acesso em: 19 fev. 2025.

FREIRE, P. S. Planning and conducting an incremental dental program. **The Journal of the American Dental Association**, v. 68, n. 1, p. 199–205, 1964. Disponível em: <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1964.0068>. Acesso em: 19 fev. 2025.

GANDRA, Y. R. Contribuição para o conhecimento do teor de flúor de águas do estado de São Paulo: significação sanitária do problema. **Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo**, v. 4, n. 2, p. 135–183, 1950. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2358-792X.v4i2p135-184>. Acesso em: 19 fev. 2025.

GARCIA, L. P.; BLANK, V. L. G. Prevalência de exposições ocupacionais de cirurgiões-dentistas e auxiliares de consultório dentário a material biológico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 97–108, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000100011>. Acesso em: 19 fev. 2025.

GOMES, J. K. *et al.* A equipe de saúde bucal e as práticas de vigilância em saúde no território. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. Pág. 45–63, 2020a. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v14i1.2637>. Acesso em: 19 fev. 2025.

GOMES, N. D. *et al.* Avaliação da qualidade físico-química de comprimidos de hidroclorotiazida: estudo comparativo entre medicamentos de referência, genérico e similar. **Journal of Applied Pharmaceutical Sciences**, v. 7, p. 172–82, 2020b. Disponível em: https://www.academia.edu/44726032/Avaliação_da_qualidade_físico_química_de_comprimidos_de_hidroclorotiazida_estudo_comparativo_entre_medicamentos_de_referência_genérico_e_similar. Acesso em: 19 fev. 2025.

GUERRA, F. A. R. *et al.* Confiabilidade das informações das declarações de nascido vivo com registro de defeitos congênitos no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 438–46, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200023>. Acesso em: 19 fev. 2025.

HEBBALLI, N. B. *et al.* The dangers of dental devices as reported in the food and drug administration manufacturer and user facility device experience database. **Journal of American Dental Association**, v. 146, n. 2, p. 102–10, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2014.11.015>. Acesso em: 19 fev. 2025.

HENNINGTON, E. A.; SANTOS, G. B.; PASCHE, D. F. Dez anos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e os desafios da formação para (trans)formação do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 49, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/21622pt2024v49e4>. Acesso em: 19 fev. 2025.

JACOMO, D. R. *et al.* Registro e tecnovigilância de implantes dentários: panorama atual nos EUA, na União Europeia, no Brasil e sugestões de aprimoramento desses sistemas. **Vigilância Sanitária em Debate**, v. 4, n. 2, p. 105–116, 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14743>. Acesso em: 19 fev. 2025.

LEAL, M. H. C. *et al.* Avaliação da integridade das luvas de procedimentos utilizadas na clínica ortodôntica. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 52, n. 4, p. 251–5, 2004. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1981-86372012000400003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 19 fev. 2025.

LEE, H. S. *et al.* Evaluation of the bristle end-rounding patterns of children's toothbrushes using scanning electron microscopy and stereomicroscopy. **International Journal of Dental Hygiene**, v. 15, n. 2, p. 120–127, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/idh.12179>. Acesso em: 19 fev. 2025.

LIMA, B. V.; VILELA, A. F.; ANDRADE, C. E. O. Avaliação da qualidade de comprimidos de ácido ascórbico comercializados nas farmácias de Timóteo – MG. **Farmácia & Ciência**, v. 2, p. 01–09, 2011. Disponível em: <https://livrozilla.com/doc/1291872/avalia%C3%A7%C3%A3o-da-qualidade-de-comprimidos-de-%C3%A1cido>. Acesso em: 19 fev. 2025.

MCKAY, F. S. Mottled Enamel: the prevention of its further production through a change of the water supply at Oakley, IDA. **Journal of the American Dental Association - JADA**, Chicago, v. 20, n. 7, p. 1137–49, 1933. Disponível em: <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1933.0205>. Acesso em: 19 fev. 2025.

MELCHIOR, S. C.; WAISSMANN, W. Regulação de dispositivos médicos: vigilância pós-mercado como estratégia de gerenciamento de riscos. **Vigilância Sanitária em Debate**, v. 7, n. 4, p. 67–76, 2019. Disponível em: <https://doaj.org/article/886a7608d0084f8a9f1ba39827064286>. Acesso em: 19 fev. 2025.

MELO, M. M. D. C.; FRAZÃO, P.; JAMELLI, S. Saúde bucal e doenças crônicas não transmissíveis: determinantes e fatores de risco que exigem ação articulada no contexto de construção do sistema de vigilância à saúde. In: FREESE, E. (Org.). **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: Editora Universitária da Universidade Federal de Pernambuco, 2006. p. 231–266.

MIZIARA, A. P. *et al.* Fluorose dentária e a concentração de flúor nos alimentos: uma revisão. **Nutrire – Revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição**, v. 31, n. 3, p. 119–26, 2006. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001601344>. Acesso em: 19 fev. 2025.

MOODLEY, R.; NAIDOO, S.; VAN WYK, J. The prevalence of occupational health related problems in dentistry: A review of the literature. **Journal of Occupational Health**, v. 60, n. 2, p. 111–25, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1539/joh.17-0188-ra>. Acesso em: 19 fev. 2025.

NARVAI, P. C. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 381–392, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200011>. Acesso em: 19 fev. 2025.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Hucitec; 1994.

NARVAI, P. C. **Vigilância sanitária e saúde bucal**. São Paulo: FSP-USP, 1998. 24p.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil**: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. 148p.

OLIVEIRA, A. G. R. C. *et al.* Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise da metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 1, n. 2, p. 177–89, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X1998000200008>. Acesso em: 19 fev. 2025.

OLIVEIRA-JÚNIOR, A. *et al.* Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua): características, evolução e aplicabilidade. **Epidemiologia & Serviços de Saúde**, v. 28, n. 1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000100024>. Acesso em: 19 fev. 2025.

RANZAN, N.; MUNIZ, F. W. M. G.; RÖSING, C. K. Are bristle stiffness and bristle end-shape related to adverse effects on soft tissues during toothbrushing? A systematic review. **International Dental Journal**, v. 69, n. 3, p. 171–182, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/idj.12421>. Acesso em: 19 fev. 2025.

REBELO, M. A. B. Benefícios e riscos dos suplementos medicamentosos fluoretados do mercado brasileiro. **Vigilância Sanitária em Debate**, v. 2, n. 3, p. 80–85, 2014. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/206?articlesBySimilarityPage=11>. Acesso em: 19 fev. 2025.

RIBEIRO, A. A.; PORTELA, M.; SOUZA, I. P. Relação entre biofilme, atividade de cárie e gengivite em crianças HIV+. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v. 16, n. 2, p. 144–150, abr. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pob/a/4xN5HHq4zxXZTqGwwwPd3Jx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 fev. 2025.

RIBEIRO, D. M.; NARVAI, P. C. Suplementos fluorados pós-natais: recomendações de pediatras, entidades profissionais e instituições públicas de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 9, n. 3, p. 239–46, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292009000300002>. Acesso em: 19 fev. 2025.

RODRIGUES, P. C. *et al.* Olhar vigilante na qualidade dos produtos odontológicos: a importância da vigipós. **Revista Brasileira de Odontologia Legal**, v. 2, n. 1, p. 91–107, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.21117/rbol.v2i1.23>. Acesso em: 19 fev. 2025.

RONCALLI, A. G. Projeto SB Brasil 2010: elemento estratégico na construção de um modelo de vigilância em saúde bucal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 428–9, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000300001>. Acesso em: 19 fev. 2025.

SCHNEIDER-FILHO, D. A.; PRADO, I. T.; NARVAI, P. C. *et al.* **Fluoretação da água**: como fazer a vigilância sanitária. Rio de Janeiro: Rede Cedros, 1992.

SETA, M. H. D.; OLIVEIRA, C. V. S.; PEPE, V. L. E. Proteção à saúde no Brasil: o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3.225–3.234, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.16672017>. Acesso em: 19 fev. 2025.

SHEN, C.; AUTIO-GOLD, J. Assessing fluoride concentration uniformity and fluoride release from three varnishes. **Journal of the American Dental Association**, v. 133, n. 2, p. 176–82, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2002.0141>. Acesso em: 19 fev. 2025.

SIDDIQ, H. *et al.* Evaluation of Sugar Content and Erosive Potential of the Commonly Prescribed Liquid Oral Medications. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 20, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/pboci.2020.023>. Acesso em: 19 fev. 2025.

SILVA, E. B. Avaliação morfológica do arredondamento das cerdas de escovas dentárias importadas comercializadas no mercado nacional. **ROBRAC**, v. 32, p. 58–63, 2002. Disponível em: <https://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/194>. Acesso em: 19 fev. 2025.

SILVA, J. A. A.; COSTA, E. A.; LUCCHESI G. SUS 30 anos: vigilância sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1.953–62, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04972018>. Acesso em: 19 fev. 2025.

SOARES-YOSHIKAWA, A. L.; CURY, J. A.; TABCHOURY, C. P. M. Fluoride Concentration in SDF Commercial Products and Their Bioavailability with Demineralized Dentine. **Brazilian Dental Journal**, v. 31, n. 3, p. 257–263, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6440202003669>. Acesso em: 19 fev. 2025.

SOUSA, R. I. *et al.* Potencial erosivo e cariogênico de anti-histamínicos de uso infantil. **RFO UPF**, v. 15, n. 3, p. 255–60, 2010. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-40122010000300007&script=sci_abstract. Acesso em: 19 fev. 2025.

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra; 2002.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 7, n. 2, p. 7–28, 1998. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-16731998000200002&lng=pt&nrm=is. Acesso em: 19 fev. 2025.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBOAS, A. L. Q. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Transformação, Mudança ou Conservação? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2023.

THACKER, S. B.; STROUP, D. F. Origins and progress in surveillance systems. **Infectious Disease Surveillance**, v. 15, p. 21–31, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/9781118543504.ch2>. Acesso em: 19 fev. 2025.

UCHÔA, H. W.; SALIBA, N. A. Prevalência de fluorose dental na cidade de Pereira Barreto. **Boletim do Serviço de Odontologia Sanitária**, v. 6, n. 3, p. 11–16, 1970.

VALSECIA, M. E.; ROCHA, M. T.; SANTOS, L. Tecnovigilancia: incidentes adversos asociados al uso de materiales odontológicos con contenido de látex. **Revista da Asociacion Odontologica Argentina**, v. 95, n. 1, p. 61–67, 2007. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-462721>. Acesso em: 19 fev. 2025.

VENTURINI, C. Q.; FRAZÃO, P. Fluoride concentration in bottled water: a systematic review. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 460–7, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500040156>. Acesso em: 19 fev. 2025.

WHO. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. **WHO**, 2022. Publications. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484>. Acesso em: 19 fev. 2025.

WHO. **Guidelines for drinking-water quality**: fourth edition incorporating the first addendum. 4. ed. Genebra: WHO, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549950>. Acesso em: 19 fev. 2025.

WHO. **Oral Health Surveys – basic methods**. 3. ed. Genebra: WHO; 1987.

WHO. **Oral Health Surveys – basic methods**. 4. ed. Genebra: WHO, 1997. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/41905>. Acesso em: 19 fev. 2025.



WHO. **Oral Health Surveys – basic methods**. 5. ed. Genebra: WHO, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548649>. Acesso em: 19 fev. 2025.

WHO. **WHA 74.5 - Oral Health Resolution**. Genebra: WHO, 2021a. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9275116/>. Acesso em: 19 fev. 2025.

WHO. **WHO/ILO joint estimates of the work-related burden of disease and injury, 2000-2016**: technical report with data sources and methods. Geneva: WHO; 2021b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240034945>. Acesso em: 19 fev. 2025.

Realizado o Depósito legal na Biblioteca Nacional conforme a Lei n.º 10.994, de 14 de dezembro de 2004.

TÍTULO	Vigilância em Saúde Bucal
ORGANIZADORAS	Ana Emilia Figueiredo de Oliveira Doralice Severo da Cruz Teixeira Elza Bernardes Ferreira Cadidja Dayane Sousa do Carmo Judith Rafaelle Oliveira Pinho
AUTOR	Paulo Frazão
PROJETO GRÁFICO E CAPA	Jackeline Mendes Pereira Vital Amorim Vital
PÁGINAS	102
FORMATO	210 x 297 mm (A4)
TIPOGRAFIAS	Open Sans CORPO E TÍTULOS Rawline TÍTULOS
EDIÇÃO	Digital

ISBN: 978-65-5363-470-1



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

