



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família
Coordenação-Geral de Saúde Bucal

PARECER TÉCNICO Nº 6/2022-CGSB/DESF/SAPS/MS

1. **ASSUNTO**

Trata-se de Parecer Técnico sobre novas orientações quanto ao uso do amálgama dentário no Brasil, tendo em vista que o país é signatário da Convenção de Minamata sobre Mercúrio.

2. **CONTEXTO**

2.1. Com o objetivo primordial de proteção da saúde humana e do meio ambiente dos efeitos danosos causados pela exposição ao mercúrio e seus compostos, a Convenção de Minamata sobre Mercúrio foi adotada em 2013, no Japão, resultado dos esforços conjuntos de diversos setores para estabelecer um instrumento legalmente vinculante que buscasse controlar as emissões e liberações antropogênicas de mercúrio em todo o seu ciclo de vida.

2.2. Tendo em vista a realização da **COP 4.2 em Bali - Indonésia entre os dias 21 e 25 de março de 2022** (1) em que a Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB/DESF/SAPS/MS) teve dois delegados que acompanharam as discussões atinentes ao amálgama dentário.

2.3. Considerando as disposições estabelecidas no âmbito da Convenção de Minamata sobre o Mercúrio e que deverão ser cumpridas pelas Partes.

2.4. Considerando a **assessoria técnico-científica** prestada por grupo de especialistas nas áreas de Materiais Dentários, Dentística Restauradora e Odontopediatria do Brasil das Universidades Federais de Brasília e de Pelotas.

2.5. **A CGSB/DESF/SAPS/MS tece os seguintes comentários:**

2.5.1. A Política Nacional de Saúde Bucal - PNSB estabelece em suas Diretrizes (2004) a centralidade da reorganização do modelo de atenção em saúde bucal a partir do fortalecimento da saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS) - principalmente com a implantação das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família - e também, a partir da regulamentação de serviços ambulatoriais especializados em saúde bucal, por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), bem como de serviços de suporte terapêutico, como é o caso dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. A Política reforça ainda a responsabilidade pelo fortalecimento da fluoretação das águas de abastecimento público em Estações de Tratamento de Água (ETA), conforme previsão legal, e questões atinentes à vigilância em saúde bucal, bem como reforça a realização de outras ações de prevenção da cárie dentária. Prevê-se também na Política a reorganização da Assistência Odontológica em ambiente hospitalar, operacionalizada a partir da criação de procedimentos odontológicos em ambientes hospitalares voltados para atendimentos a pessoas com deficiência, bem como, ações cuja natureza é de alta complexidade (2).

2.5.2. No escopo da APS, as ações relacionadas à promoção, prevenção, identificação de grupos de risco e detecção precoce de agravos bucais são reforçadas. Este é o modelo principal de porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) e sua amplitude permite que a maior quantidade possível de usuários tenha assistência em saúde bucal em tempo oportuno.

2.5.3. A cárie é uma doença crônica não-transmissível, dinâmica, açúcar-dependente e que tem como resultado clínico o aparecimento da lesão de cárie, resultante das perdas de mineral

(desmineralização) do dente em virtude da ação de microrganismos sobre as superfícies dentárias (biofilme dental). A lesão de cárie pode se apresentar em diferentes graus de atividade (ativa/inativa) e gravidade (cavitada/não-cavitada). Dependendo da gravidade da doença, a pessoa poderá sentir dor provocada ou mesmo espontânea, impedindo-a de desempenhar suas atividades rotineiras, como mastigar, falar, dormir, muitas vezes causando absenteísmo escolar e no trabalho. A Cárie Dentária é uma doença controlável, que depende de mudanças comportamentais, oferta de serviços odontológicos e iniciativas governamentais que propiciem o controle em nível individual e coletivo.

2.5.4. O Brasil vem apresentando redução do índice de Dentes Cariados Perdidos e Obturados (CPOD) aos 12 anos de idade ao longo dos anos (3,4), contudo, ainda há diversos desafios a serem enfrentados no que concerne ao controle da cárie dentária no país e para que este decréscimo da prevalência perdure futuramente. Os dados de prevalência da doença serão atualizados com o Levantamento Nacional das condições bucais da população brasileira - SB Brasil 2020 (vigência 2021-2022) (5). Na população de 5 (cinco) anos, 53,4% das crianças tinham dentes cariados, extraídos e obturados (ceod) (4), possível reflexo da introdução precoce de alimentos ultraprocessados e com alta quantidade de sacarose em sua composição (6).

2.6. Os países signatários da Convenção de Minamata sobre Mercúrio devem adotar medidas para a redução do uso dos amálgamas dentários, tendo em conta as circunstâncias nacionais da Parte e orientações internacionais relevantes, e devem incluir duas ou mais medidas dentre as listadas abaixo (7):

(i) Estabelecer objetivos nacionais visando à prevenção de lesões de cárie e promoção de saúde, minimizando assim a necessidade de restaurações dentárias;

(ii) Estabelecer objetivos nacionais visando a minimizar seu uso;

(iii) Promover o uso de alternativas sem mercúrio com bom custo-benefício e clinicamente eficazes para restaurações dentárias;

(iv) Promover pesquisa e desenvolvimento de materiais de qualidade e livre de mercúrio para restaurações dentárias;

(v) Incentivar organizações representativas de profissionais e escolas de odontologia a educar e qualificar alunos e profissionais odontólogos no uso de restaurações dentárias sem mercúrio e na promoção de melhores práticas de gestão;

(vi) Desencorajar políticas e programas de seguros que favoreçam o uso de amálgamas dentários em vez de alternativas sem mercúrio para restaurações dentárias;

(vii) Incentivar políticas e programas de seguro que favoreçam o uso de alternativas de qualidade para amálgamas dentários em restaurações dentárias;

(viii) Restringir o uso de amálgamas dentários à sua forma encapsulada;

(ix) Promover o uso de melhores práticas ambientais em consultórios odontológicos a fim de reduzir as liberações de mercúrio e compostos de mercúrio na água e no solo.

2.7. O Brasil tem adotado as ações supracitadas em realce para redução do uso desse material no país. É válido ressaltar que o Estado possui um modelo de organização que garante o acesso universal e gratuito às pessoas, famílias e comunidades, pautado na operacionalização de fluoretação de água de abastecimento, obrigatoriedade da fluoretação de dentifrícios e recomenda o uso de outras medidas de uso de fluoretos, bem como a atuação das equipes de Saúde Bucal no contexto da Estratégia de Saúde da Família. Essa atuação é calcada nos atributos da APS que preconizam: acesso de primeiro contato, longitudinalidade e resolutividade, coordenação do cuidado e em três atributos derivados, competência cultural, orientação familiar e comunitária.

2.8. Na última COP 4.2, a proposta do grupo de países africanos e União Europeia nortearam a discussão para recomendar a favor de aditamentos ao Anexo A da Convenção de Minamata sobre o Mercúrio e a decisão final está descrita a seguir.

(i) Exclude or not allow, by taking measures as appropriate, the use of mercury in bulk form by dental practitioners;

(ii) Exclude or not allow, by taking measures as appropriate, or recommend against the use of dental amalgam for the dental treatment of deciduous teeth, of patients under 15 years and of pregnant

and breastfeeding women, except when considered necessary by the dental practitioner based on the needs of the patient.

(i) Excluir ou não permitir, adotando medidas apropriadas, o uso de amálgama não-encapsulado pelos profissionais;

(ii) Excluir ou não permitir, adotando medidas apropriadas, ou recomendar contra o uso de amálgama dentário em restaurações de dentes decíduos (pacientes com 15 anos ou menos), mulheres grávidas e lactantes, exceto quando considerado necessário pelo profissional cirurgião-dentista, baseado em necessidades individualizadas dos pacientes.

3. ANÁLISE

3.1. Amálgama Dentário - contextualização

3.1.1. O amálgama dentário foi o principal material restaurador para dentes posteriores durante diversas décadas, com grande importância histórica para a prática da Odontologia. Uma das principais vantagens deste material comparado a outros materiais restauradores é sua baixa sensibilidade técnica, que reduz falhas relacionadas a problemas de manipulação, contaminação por umidade ou sangue durante a realização de restaurações. Além disso, o amálgama dentário possibilitava a realização de restaurações dentárias sem necessidade de infraestrutura e equipamentos, por exemplo, em comunidades afastadas sem energia elétrica. **No contexto atual em que seu uso está restrito ao amálgama encapsulado, o uso de equipamentos adicionais e energia elétrica são necessários.** Reforça-se que é extremamente contraindicada a abertura do amálgama encapsulado para realizar mistura com outros materiais dentários.

3.1.2. O "*phase down*" (a redução) do amálgama na pesquisa e no ensino já tem sido observado em vários países do mundo e também no Brasil. De forma geral, novas gerações de dentistas não recebem treinamento detalhado para realizar restaurações usando amálgama, havendo foco no ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico contemporâneos em materiais adesivos, que permitem procedimentos restauradores com menor invasividade.

3.1.3. Estudo encomendado pela CGSB/DESF/SAPS/MS, realizado pela *Cochrane Brazil* (2020), teve como uma de suas recomendações finais:

"A recomendação é a favor do amálgama comparado a resinas compostas em dentes posteriores permanentes (Classe I e II). Há evidências de baixa qualidade, com diferenças clinicamente significativas, de que a restauração de amálgama versus restauração de resina composta apresenta menor risco de falha e menor risco de cárie secundária. Para a taxa de fratura não houve diferença entre as restaurações, com baixa qualidade da evidência."

3.1.4. **Neste contexto, salienta-se que ensaios clínicos aleatorizados comparando amálgama vs. resina composta para restaurações dentárias não são temas investigados em pesquisas recentes, o que impede atualização de recomendações futuras com maior força de recomendação e com base em evidência de maior qualidade.**

3.1.5. Estudos clínicos longitudinais indicam que restaurações de resina composta podem apresentar grande durabilidade clínica, com longevidade comparável a restaurações de amálgama em muitos casos (9,10). Resinas compostas permitem que reparos sejam realizados em restaurações que apresentem falhas localizadas, com boa durabilidade clínica e num contexto de prática restauradora minimamente invasiva. (11,12). Neste sentido, a falta de adesividade do amálgama dentário aos tecidos dentários **requer que maior quantidade de estrutura dentária seja removida para realizar a restauração na comparação à resina composta e outros materiais adesivos, contribuindo para uma prática em desacordo com procedimentos de menor invasividade.**

3.1.6. Cabe destacar que, sempre que possível, estratégias de promoção e prevenção devem ser usadas para suprir/postergar ou diminuir ao máximo necessidades restauradoras nas populações, no contexto da Odontologia minimamente invasiva. Nesse sentido, gestores devem estar atentos a medidas comunitárias como fluoretação das águas de abastecimento e distribuição de dentifrícios fluoretados com concentração adequada de flúor (13). Estratégias adicionais como escovação supervisionada, Aplicação Tópica de Flúor (ATF) e outros meios de recomendação de uso de fluoretos poderão ser

adotados (14). O uso de diamino fluoreto de prata (38%) é outra possibilidade adequada no controle de lesões cariosas, por induzir a remineralização, ter baixo custo, segurança, ser de uso rápido e fácil e não ser invasivo (15).

3.2. **Amálgama Dentário x Populações específicas**

3.2.1. *População de gestantes*

3.2.1.1. De acordo com o Comitê Científico sobre novos e emergentes riscos identificados à saúde, o uso de restaurações de amálgama deve ser evitado em gestantes e em mulheres que estão amamentando, com o objetivo de reduzir a exposição do feto (16). Nestes casos, materiais restauradores como resinas compostas e os híbridos de vidro (que é uma nomenclatura sugerida para novos materiais derivados dos ionômeros de vidro, porém com melhores propriedades mecânicas) são mais indicados (17,18). Cimentos de ionômero de vidro de alta viscosidade para cavidades de superfície única e cavidades Classe II menores sem alta carga mecânica também são opções (19).

3.2.2. *População de indivíduos com dentição decídua*

3.2.2.1. Da mesma forma como foi recomendado para a população gestante, o uso do amálgama em crianças e adolescentes até 15 anos de idade deve se limitar a casos excepcionais. A escolha do material restaurador deve ser feita, então, pelo profissional, tendo como base as necessidades do usuário, analisando-se caso a caso. Uma ótima alternativa para restaurações de uma única superfície, tanto para dentes decíduos como permanentes, são os cimentos de ionômeros de vidro de alta viscosidade, indicação feita considerando a excelente performance clínica do material para estes casos como demonstrado em revisões sistemáticas (20,21). Para restaurações de múltiplas superfícies em dentes decíduos, até a presente data, não há consenso na literatura a respeito do melhor material restaurador. São opções ao amálgama materiais como as resinas compostas, porém, revisões sistemáticas têm mostrado que o desempenho destes materiais não supera aquela alcançada pelas coroas de aço pré-fabricadas (22).

3.3. **Indicação de remoção**

3.3.1. Mais recentemente, o Grupo Brasileiro de Professores de Dentística (GBPD) publicou uma Nota Oficial (23), cujo teor cita que: *“Quando a remoção do amálgama é bem indicada, esta deve ser feita de forma razoável, viável e sensata, e não como têm sido preconizados em certos trabalhos e defendidos fervorosamente nas redes sociais, onde alguns protocolos definidos como “Remoção Biológica e segura do amálgama”, levantam a questão de “proteção” por meio de um desnecessário arsenal medicamentoso, invasivo, exagerado e sem consenso na literatura científica, assustando muitos colegas e principalmente pacientes”*. A mesma Nota cita um protocolo seguro e viável, cientificamente embasado e ambientalmente sustentável, que requer cuidados para a remoção das restaurações e deve envolver os seguintes passos:

1. *Paramentação completa com controle rigoroso de EPIs e biossegurança do consultório como um todo que são os mesmos já adotados rotineiramente para o cirurgião-dentista, auxiliar e paciente, incluindo óculos de proteção e touca;*
2. *Isolamento absoluto do campo operatório;*
3. *Uso de alta rotação com broca de aço carbide ou ponta diamantada nova, com leve pressão e abundante refrigeração com spray, associada ao uso de sugador de alta potência, por sobre o isolamento absoluto;*
4. *Sugador convencional colocado sob o isolamento absoluto removendo saliva;*
5. *Filtro ou separador de partículas, a fim de remover os resíduos e descartar adequadamente;*
6. *Secção da restauração de amálgama em cruz para tentar removê-la em bloco, sem o desgaste completo do amálgama, reduzindo a emissão de vapor de mercúrio;*
7. *Em caso de troca da restauração na mesma sessão por outra de resina composta, lavar abundantemente a boca do paciente e trocar o isolamento.*

3.3.2. O Conselho Federal de Odontologia (CFO) veiculou notícia chamando atenção para a "remoção de amálgama na autodenominada "odontologia biológica" - atenção às narrativas enganosas. Segundo a nota, "organizações são unânimes em afirmar que a evidência atual é insuficiente

para apoiar uma associação causal entre mercúrio do amálgama dental e efeitos adversos à saúde, e que a evidência atual não sugere a necessidade de remoção preventiva de restaurações de amálgama pré-existentes (24)."

3.3.3. Na mesma linha, a Coordenação-Geral de Saúde Bucal reforça o seguinte: a indicação de remoção de restaurações em amálgama no âmbito do Sistema Único de Saúde deve ser feita com a correta avaliação caso-a-caso, seguindo os protocolos de segurança de remoção e orientando o usuário quanto a necessidade ou não de remoção do material. Salienta-se que, sempre que possível, é indicado o reparo a substituição de restaurações para preservar o remanescente dentário. Quanto ao correto descarte e acondicionamento, gestores e profissionais devem seguir as normas da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 222, de 28 de março de 2018, que Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências (25).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

4.1. Um dos objetivos prioritários do Governo Federal é reduzir o acometimento de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis na população. Salienta-se que, por intermédio da Política Nacional de Saúde Bucal, com o fortalecimento da fluoretação de água de abastecimento público e maior disponibilização de dentifrícios fluoretados, os cidadãos brasileiros têm tido uma menor prevalência de cárie dentária.

4.2. Considerando o assunto em tela, importa salientar que os riscos envolvidos nas restaurações de amálgama dentário ao indivíduo são baixos, entretanto, sabe-se que pela evidência científica atual, há limitada diferença de desempenho clínico entre amálgama e resina composta, e para restaurações de uma única superfície, entre amálgama e os cimentos de ionômero de vidro de alta viscosidade e os híbridos de vidro.

4.3. Diante do exposto, a CGSB/DESF/SAPS/MS, embasada em evidência científica e respaldada pelo assessoramento técnico de pesquisadores de Instituições de Ensino Superior do Brasil, ***orienta pela descontinuidade de uso de amálgama dentário em gestantes, lactantes e na dentição decídua e em indivíduos de até 15 anos de idade, seguindo o que foi pactuado pelas Partes na Convenção de Minamata sobre o Mercúrio. Fica facultado o uso do amálgama dentário em dentes posteriores nas demais populações quando este material for a única opção clínica viável, por questões de ordem técnica.***

5. CONSULTORIA TÉCNICO-CIENTÍFICA

Leandro Augusto Hilgert, Professor do Departamento de Odontologia, da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

Maximiliano Sérgio Cenci, Professor da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas.

Soraya Coelho Leal, Professora do Departamento de Odontologia, da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

Rafael Ratto de Moraes, Professor da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas.

6. REFERÊNCIAS

1. Decision MC-4/3: Review of and amendments to annexes A and B to the Minamata Convention
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, 2004c.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB Brasil 2010: resultados principais. Brasília, 2011c
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. SB Brasil 2020: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal : projeto técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 92 p. : il. ISBN 978-65-5993-136-1
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. 265 p. : Il. ISBN 978-85-334-2737-2

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e de Vigilância em Saúde Pública. Plano setorial de implementação da convenção de Minamata sobre mercúrio [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde Pública, Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e de Vigilância em Saúde Pública. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 63 p. : il. Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_convencao_minamata_mercurio_2020.pdf ISBN 978-85-334-2822-5
8. Efetividade das restaurações com amálgama dentário no tratamento da cárie/Centro Cochrane do Brasil– São Paulo, 2020. 74f. Parecer Técnico Científico – Cochrane Brasil.
9. Ástvaldsdóttir et al. Longevity of posterior resin composite restorations in adults – A systematic review. J Dent 2015; 43(8):934-54.
10. Burke & Lucarotti. The ultimate guide to restoration longevity in England and Wales. Part 10: key findings from a ten million restoration dataset. Br Dent J 2018; 225(11):1011-8.
11. Fernández et al. Can repair increase the longevity of composite resins? Results of a 10-year clinical trial. J Dent 2015; 43(2):279-86.
12. van de Sande et al. Is composite repair suitable for anterior restorations? A long-term practice-based clinical study. Clin Oral Investig 2019; 23(6):2795-803.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Nota Técnica nº1/2020 - Concentração de flúor em dentifrícios.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 56 p. : il.– (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
15. Brasil. Ministério da Saúde Secretaria Especial de Saúde Indígena Departamento de Atenção à Saúde Indígena Coordenação de Gestão da Atenção da Saúde Indígena. Orientação Técnica Nº 1/2021. Orientações para o uso clínico do Diamino Fluoreto de Prata (DFP) no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS).
16. SCENIHR (Scientific Committee on Emerging and Newly-Identified Health Risks). Opinion on the safety of dental amalgam and alternative dental restoration materials for patients and users (update), 29 April. European commission. DG Health and Food Safety. 2015:2015.
17. Berge et al. Polymer-based dental filling materials placed during pregnancy and risk to the foetus. BMC Oral Health 2018; 18(1):144.
18. Miletic et al. Clinical performance of a glass-hybrid system compared with a resin composite in the posterior region: results of a 2-year multicenter study. J Adhes Dent 2020; 22(3):235-47.
19. FDI World Dental Federation. Carious Lesions and First Restorative Treatment. ADOPTED by FDI General Assembly September, 2019 in San Francisco, USA. Disponível em:<<https://www.fdiworlddental.org/carious-lesions-and-first-restorative-treatment#:~:text=All%20initial%20caries%20lesions%20should,third%20of%20the%20dentine3.>> Acesso em julho, 2022.
20. Jiang et al. Factors affecting success rate of atraumatic restorative treatment (ART) restorations in children: a systematic review and meta-analysis. J Dent 2021; 104:103526.
21. de Amorim et al. Survival percentages of Atraumatic Restorative Treatment (ART) restorations and sealants in posterior teeth: an updated systematic review and meta-analysis. Clin Oral Investig 2018; 22(8):2703-25.
22. Badar et al. Effectiveness of Hall Technique for primary carious molars: a systematic review and meta-analysis. Int J Clin Pediatr Dent 2019; 12(5):445-52.
23. Grupo Brasileiro de Professores de Dentística. Nota Oficial sobre a segurança do uso, remoção e descarte do Amálgama de Prata, 2022.
24. Conselho Federal de Odontologia. O mito da remoção segura de amálgama e a “Odontologia Biológica”. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/o-mito-da-remocao-segura-de-amalgama-e-a-odontologia-biologica/> (Acesso em 05 de setembro, 2022)
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 222, de 28 de março de 2018.



Documento assinado eletronicamente por **Nicole Aimee Rodrigues José, Consultor Técnico**, em 05/09/2022, às 12:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).

Documento assinado eletronicamente por **Wellington Mendes Carvalho, Coordenador(a)-Geral de**



Saúde Bucal, em 05/09/2022, às 15:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Michael Luiz Diana de Oliveira, Diretor(a) do Departamento de Saúde da Família substituto(a)**, em 05/09/2022, às 17:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Raphael Camara Medeiros Parente, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 13/09/2022, às 12:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0029036366** e o código CRC **EE8A5E01**.

Referência: Processo nº 25000.124461/2022-11

SEI nº 0029036366

Coordenação-Geral de Saúde Bucal - CGSB
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br