



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária
Coordenação-Geral de Saúde Bucal

NOTA TÉCNICA Nº 50/2025-CGSB/DESCO/SAPS/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Trata-se de Nota Técnica com justificativas para subsidiar a publicação da minuta de portaria que altera a Seção X do Capítulo I do Título II da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que trata do Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel (UOM), bem como o Anexo 1 do Anexo XXII do Capítulo I da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, também de 28 de setembro de 2017.

2. **ANÁLISE**

DO OBJETIVO QUE SE PRETENDE ALCANÇAR COM A ALTERAÇÃO PROPOSTA

2.1. As alterações propostas têm por finalidade a flexibilização das regras de credenciamento das Unidades Odontológicas Móveis (UOM), ampliando o escopo de unidades elegíveis para o credenciamento e, posteriormente, para o recebimento dos incentivos financeiros federais de implantação e custeio, segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Saúde Bucal.

2.2. Atualmente, a UOM é de uso exclusivo dos profissionais das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família e serve de apoio para o desenvolvimento das ações e atividades destas equipes. A Equipe de Saúde Bucal atende na UOM, seguindo os princípios e diretrizes definidos pela Política Nacional de Saúde Bucal, para garantir as ações de promoção e prevenção e recuperação da saúde bucal às populações rurais, quilombolas, assentadas e em áreas isoladas ou de difícil acesso. Elas recebem, atualmente, incentivo de Implantação, em parcela única, de R\$ 7.000,00 (sete mil reais) e custeio mensal de R\$ 9.360,00 (nove mil trezentos e sessenta reais). Desse modo, não são tratadas nessa minuta proposta de alterações nos valores vigentes, e sim, apenas alterações normativas, com ampliação do escopo de equipes que poderão utilizar as unidades, e critérios de elegibilidade para a doação das novas unidades a serem doadas pelo Ministério, bem como para o credenciamento e posterior recebimento dos incentivos já existentes.

2.3. Uma vez alterada a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, tem-se que, necessariamente, adequar o Anexo 1 do Anexo XXII do Capítulo I da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. É o que preconiza o art. 1º da Minuta.

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO GM/MS Nº2 DE 28 DE SETEMBRO DE 20		
DISPOSITIVO	TEXTO VIGENTE	TEXTO PROPOSTO
3.2. Tipos de unidades e equipamentos de Saúde (...)		
c) Unidade Odontológica Móvel	Recomenda-se veículo devidamente adaptado para a finalidade de atenção à saúde bucal, equipado com: Compressor para uso odontológico com sistema de filtragem; aparelho de raios-X para radiografias periapicais e interproximais; aventais de chumbo; conjunto peças de mão contendo micro-motor com peça reta e contra ângulo, e alta rotação; gabinete odontológico; cadeira odontológica, equipo odontológico e refletor odontológico; unidade auxiliar odontológica; mocho odontológico; autoclave; amalgamador; fotopolimerizador; e refrigerador.	Recomenda-se veículo devidamente adaptado para a finalidade de atenção à saúde bucal, equipado minimamente com: I - cadeira odontológica completa, incluindo equipo, sugador, refletor e mocho II - kit de peça de mão contendo caneta de alta rotação, contra-ângulo, peça micromotor; III - aparelho de raio X odontológico IV - aventais de chumbo; V - compressor odontológico com sistema de filtragem; VI - fotopolimerizador de resinas compostas; VII - autoclave; VIII - refrigerador; e IX - ar-condicionado". (NR)

2.4. A seguir, a fim de subsidiar a publicação da minuta de portaria que altera a Seção X do Capítulo I do Título II da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que trata do Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel (UOM), faz-se o estudo comparativo com o texto vigente e o texto proposto com suas respectivas justificativas.

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO GM/MS Nº6 DE 28 DE SETEMBRO DE		
DISPOSITIVO	TEXTO VIGENTE	TEXTO PROPOSTO
Art. 80 § 2º	§ 2º Unidades Odontológicas Móveis são consultórios odontológicos estruturados em veículos devidamente adaptados e equipados para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal a serem realizadas por Equipes de Saúde Bucal vinculadas às Equipes da Estratégia de Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 2º)	§ 2º As UOM são consultórios odontológicos estruturados em veículos, com identidade visual conforme o padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde (conforme descrição disponível no Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais Permanentes Financiáveis para o SUS - SIGEM), devidamente adaptados e equipados, para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal a serem realizadas por: I - equipes de Saúde Bucal - eSB vinculadas às equipes de Saúde da Família - eSF; II - equipes de Atenção Primária - eAP; III - equipes de Saúde Bucal - eSB vinculadas às equipes de Saúde da Família Ribeirinhas - eSFR; Parágrafo único. As UOM poderão ser utilizadas para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal pelas equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena - eI e equipes de Consultório na Rua - eCR.

Art. 80 § 3º	§ 3º As UOM serão compostas por: (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 3º, I) I - veículo devidamente adaptado para a finalidade de atenção à saúde bucal e equipado com: (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 3º, I) a) cadeira odontológica completa; (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 3º, I, b) c) aparelho de RX-periapical; (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 3º, I, c) d) compressor odontológico; (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 3º, I, d) e) aparelho amalgamador; (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 3º, I, e) f) aparelho fotopolimerizador; (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 3º, I, f) g) autoclave; (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 3º, I, g) II - instrumentais e materiais permanentes odontológicos, conforme relação constante do Anexo XXI ; e (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 3º, II) III - equipe da Estratégia de Saúde da Família com Saúde Bucal Modalidade I (ESFSBMI) ou Estratégia de Saúde da Família com Saúde Bucal Modalidade II (ESFSBII) que operará a Unidade. (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 3º, III)	§ 3º I - veículo devidamente adaptado para a finalidade de atenção à saúde bucal e equipado minimamente com: a) cadeira odontológica completa, incluindo equipo, sugador, refletor e mocho; b) kit de peça de mão contendo caneta de alta rotação, contra-ângulo, peça de micromotor; c) aparelho de raio X odontológico; d) aventais de chumbo; e) compressor odontológico com sistema de filtragem; f) fotopolimerizador de resinas compostas; g) autoclave; h) refrigerador; e i) ar-condicionado". (NR) II - instrumentais conforme relação constante do Anexo XXI; e III - insumos e materiais odontológicos; IV - uma ou mais equipes de saúde bucal da Atenção Primária à Saúde em sua composição, conforme § 2º, cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES.
Art. 80 § 4º	§ 4º O veículo e os equipamentos listados no inciso I do § 3º serão adquiridos pelo Ministério da Saúde e cedidos aos respectivos gestores municipais do SUS mediante Termo de Doação definido pela legislação em vigor e as diretrizes e parâmetros estabelecidos pela Seção X do Capítulo I do Título II. (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 4º)	
Art. 80 § 5º	§ 5º Os instrumentais e materiais permanentes de que trata o inciso II do § 3º deste artigo deverão ser adquiridos e instalados pelo gestor municipal do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 5º)	§ 4º Os instrumentais, insumos e materiais odontológicos, de que tratam os incisos II e III do § 3º deverão ser adquiridos pelo gestor local do SUS.
Art. 80 § 6º	§ 6º Os recursos humanos necessários para a implementação das equipes de que trata o inciso III do § 3º deste artigo são de responsabilidade do gestor municipal do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 6º)	§ 5º Os recursos humanos necessários para a implementação das equipes de que trata o § 2º são de responsabilidade do gestor local do SUS." (NR)
Art. 80-A		"Art. 80-A. O veículo e os equipamentos de que trata o § 3º do art. 80 poderão ser adquiridos: I - pelo Ministério da Saúde e doados ao Distrito Federal e municípios, mediante termo de doação; ou II - pela Secretaria Municipal de Saúde ou do Distrito Federal, por meio de: a) recursos repassados na modalidade fundo a fundo (por meio de recursos de programação ou de emendas parlamentares); ou b) recursos próprios.
Art. 80-B		Art. 80-B. As solicitações de financiamento para aquisição de Unidades Odontológicas Móveis (UOM), por meio de recursos repassados na modalidade fundo a fundo, seja por programação orçamentária ou por emendas parlamentares, deverão ser cadastradas pelo ente federativo interessado no endereço eletrônico do Fundo Nacional de Saúde, em formato de proposta, contendo as seguintes informações e documentos: I – identificação da ação, política pública ou programa de governo de referência; II – relação dos equipamentos e materiais permanentes a serem financiados; III – justificativa técnica que comprove a necessidade de aquisição da UOM; IV – identificação dos estabelecimentos e unidades de saúde que receberão os equipamentos e materiais permanentes; V – especificação técnica dos equipamentos, com respectivas configurações e acessórios permitidos, conforme estabelecido na Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS (Renem); VI – quantidade e valor estimado dos equipamentos e materiais permanentes; VII – resolução do Conselho Municipal ou Distrital de Saúde que aprova a proposta de aquisição da UOM; VIII – declaração de que a gestão local providenciará, até a data do agendamento de entrega da UOM, a solicitação de credenciamento da(s) equipe(s) de Saúde Bucal para sua atuação, caso o município ainda não possua eSB ou eSFR implantada e credenciada; IX – declaração de compromisso com o custeio dos serviços, assinada pelo gestor local, assumindo a responsabilidade pelo cofinanciamento das equipes; X – declaração de compromisso com a manutenção do veículo e dos equipamentos fornecidos, bem como a realização dos serviços de emplacamento e seguro do veículo e de todos os equipamentos que acompanham a UOM; XI – declaração de compromisso do gestor quanto à manutenção da padronização visual do veículo e dos equipamentos fornecidos com a UOM. § 1º As propostas cadastradas serão analisadas, priorizadas e aprovadas conforme as disposições do Capítulo I do Título VII desta Portaria de Consolidação. § 2º As propostas aprovadas nas análises de mérito e técnico-econômica e habilitadas para o recebimento de recursos financeiros serão divulgadas em ato

		específico do Ministro de Estado da Saúde, o qual conterà também os valores serem transferidos aos respectivos entes federativos. § 3º O prazo máximo para a execução dos recursos financeiros repassados ser 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data do efetivo recebimento do recurso pelo ente federativo beneficiário." (NR)
Art. 80-C		"Art. 80-C. São critérios para a priorização das doações das UOM: I – possuir equipes de Saúde Bucal - eSB vinculadas a uma equipe de Saúde da Família - eSF ou a uma equipe de Atenção Primária eAP; II - municípios com população quilombola, rural, ribeirinhas, indígenas ou assentada; III - Índice de Vulnerabilidade Social – IVS, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA; ou IV - municípios com ampla extensão territorial e baixa densidade demográfica § 1º Para fins do inciso IV do caput, entende-se como baixa densidade demográfica: I - municípios com população inferior a cinquenta mil habitantes e densidade demográfica inferior a oitenta habitantes por quilômetro quadrado; ou II - municípios com população entre cinquenta mil e cem mil habitantes e densidade demográfica superior a oitenta habitantes por quilômetro quadrado. § 2º Os critérios de priorização poderão ser utilizados de forma conjunta, através de lista classificatória, ou separadamente, de acordo com a disponibilidade orçamentária do Ministério da Saúde. § 3º Em caso de lista classificatória, será publicada em ato específico do Ministério da Saúde a listagem dos entes beneficiados."(NR)
Art. 80-D		"Art. 80-D. O número máximo de UOM a ser cofinanciado pelo Ministério da Saúde nos termos desta Seção, será de até 1 (uma) UOM a cada 50.000 (cinquenta mil) habitantes por município." (NR)
Art. 80-E		"Art. 80-E. Compete ao Distrito Federal e aos municípios que receberem UOM doadas pelo Ministério da Saúde: I – providenciar a logística de transporte da Unidade Odontológica Móvel (UOM) desde o pátio da fabricante ou montadora até o destino final; II – assegurar a manutenção preventiva e corretiva da UOM, bem como de seus equipamentos e instrumentais; III – efetuar o emplacamento e contratar o seguro do veículo no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data de seu recebimento; IV – garantir a aplicação e a manutenção da identidade visual e do grafismo da UOM conforme o padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde, durante toda a vida útil; V – solicitar credenciamento e realizar o cadastro da UOM no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no prazo de até 90 (noventa) dias a contar da data de seu recebimento." (NR)
Art. 81-A Parágrafo único		"Art. 81. A solicitação de credenciamento da Unidade Odontológica Móvel (UOM) poderá ser realizada pelo Distrito Federal e pelos municípios que se enquadram nos critérios de priorização estabelecidos no art. 80-C. § 1º O pedido de credenciamento deverá ser encaminhado ao Ministério da Saúde, por meio de sistema de informação específico disponibilizado para esse fim, observados os fluxos e procedimentos definidos em Nota Técnica elaborada pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde. § 2º O ente federativo deverá dar ciência sobre o pleito ao Conselho Municipal de Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite; § 3º No prazo máximo de 3 (três) competências, contadas a partir da data de publicação da portaria de credenciamento da UOM no Diário Oficial da União, a gestão municipal ou distrital deverá realizar o cadastro dos profissionais no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), sob pena de descumprimento, em caso de descumprimento do prazo. § 4º Em caráter excepcional e temporário, será admitido o envio da solicitação de credenciamento por meio de ofício até a entrada em funcionamento do sistema eletrônico. Durante esse período, as solicitações deverão seguir os fluxos e procedimentos estabelecidos pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde." (NR)
Art. 82		"Art. 82-A. Fica instituído incentivo financeiro para implantação das Unidades Odontológicas Móveis no valor de R\$ 9.360,00 (nove mil, trezentos e sessenta reais), a ser pago em parcela única por UOM." (NR)
Art. 82-A		"Art. 82-A. Fica instituído incentivo financeiro para implantação das Unidades Odontológicas Móveis no valor de R\$ 7.000,00 (sete mil reais), a ser pago em parcela única por UOM.
Art. 83		"Art. 83. O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, realizará a avaliação com base nos dados coletados nos sistemas oficiais de informação e disseminação de dados, adotando as medidas necessárias para a plena aplicação das recomendações contidas nesta Seção. § 1º A validação das equipes e dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) para fins de transferência dos incentivos financeiros federais de custeio estará condicionada ao cumprimento dos critérios estabelecidos no art. 12, inciso IV, Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. I – credenciamento pelo Ministério da Saúde, por meio de portaria específica; II – cadastramento das equipes e dos serviços da APS no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), pela gestão municipal ou do Distrito Federal; III – inexistência de irregularidades que motivem a suspensão dos repasses, conforme previsto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e em normas específicas que regem a organização, o funcionamento e o financiamento de equipes e serviços da APS. § 2º Após a publicação da portaria de credenciamento das novas equipes e serviços, no Diário Oficial da União, a gestão local deverá efetuar o respectivo cadastro no SCNES, observando os critérios exigidos para homologação dos códigos de Identificação Nacional de Equipe (INE), no prazo máximo de 3 (três) competências a contar da data de publicação da portaria, sob pena de descumprimento das equipes e serviços, conforme disposto na Portaria de Consolidação GM/MS nº 28 de setembro de 2017.

		§ 3º A homologação das UOM pelo Ministério da Saúde está condicionada ao cadastro no SCNES, no prazo previsto no § 2º, bem como ao atendimento dos seguintes requisitos: I - cadastro em estabelecimento de saúde código 40 - Unidade Móvel Terrestre; subtipo de estabelecimento código 001 - Unidade Odontológica Móvel; II - registro do código CNES no SCNES; III - composição profissional mínima exigida, de acordo com as regras aplicáveis a cada tipo de equipe ou serviço; IV - cumprimento da carga horária mínima exigida por categoria profissional, conforme as normas estabelecidas para cada equipe ou serviço. § 4º A homologação dos códigos da UOM credenciadas e devidamente cadastradas no SCNES será formalizada por meio de publicação no Diário Oficial da União, <u>prejuízo à continuidade do repasse dos incentivos financeiros federais.</u>" (NR)
Art. 83-A		"Art. 83-A. O monitoramento das UOM será realizado com base na análise das seguintes determinações: I - todos os profissionais da Equipe de Saúde Bucal (eSB) que compartilham carga horária na UOM deverão estar devidamente cadastrados tanto na eSB quanto na UOM; II - a soma das cargas horárias do profissional, cadastradas na eSB e na UOM, deverá totalizar, no mínimo, 40 (quarenta) horas semanais e, no máximo, 60 (sessenta) horas semanais por profissional; III - as ações realizadas na UOM deverão ser devidamente registradas no sistema eSUS-APS. § 1º As Secretarias de Saúde deverão enviar os dados de produção da Atenção Primária à Saúde, mencionados no inciso III do caput, conforme o cronograma de fechamento de competências dos sistemas gerenciados pela Coordenação-Geral de Sistemas de Informação em Saúde (CGSI/DRAC/SAES/MS). § 2º O monitoramento das UOM será realizado mensalmente, com base no cronograma da competência do SCNES, o qual subsidiará a análise da parcela subsequente. § 3º A responsabilidade pelo monitoramento e avaliação do cumprimento dos compromissos firmados nas propostas aprovadas caberá à Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde." (NR)
Art. 83-B		"Art. 83-B. A suspensão do repasse do incentivo de custeio da Unidade Odontológica Móvel (UOM) ocorrerá mediante comprovação de qualquer das seguintes situações: I - duplicidade de profissionais cadastrados, por período superior a duas competências consecutivas no SCNES; II - equipes incompletas, por período superior a duas competências consecutivas no SCNES; III - ausência de envio de informações à base de dados nacional, por período superior a três competências consecutivas no Sistema de Informação em Atenção Primária à Saúde (SIAPS); IV - ausência de cadastro da UOM no SCNES para o trabalho das equipes, por período superior a três competências consecutivas; V - irregularidades identificadas por órgãos de controle ou auditoria federal, estadual ou municipal, com efeitos imediatos a partir da competência financeira ocorrência; VI - acumulação de carga horária superior a sessenta horas semanais por profissional cadastrado em equipes ou serviços da APS, por período superior a três competências consecutivas; VII - ausência de qualquer um dos equipamentos que compõem a UOM, por período superior a três competências consecutivas, nos casos em que a UOM não é doada pelo Ministério da Saúde. § 1º Após doze competências consecutivas de suspensão total ou de não atendimento aos requisitos mínimos para a transferência dos incentivos de custeio federal, será revogado o credenciamento e a homologação do código CNES da respectiva UOM. (NR)
Art. 83-C		"Art. 83-C. As solicitações de ampliação de cobertura, renovação de frota e reatualização técnica de Unidades Odontológicas Móveis (UOM) serão analisadas pela Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB/DESCO/SAPS/MS). Tais demandas poderão ser atendidas desde que haja disponibilidade orçamentária e financeira bem como conformidade com a legislação vigente e com os critérios estabelecidos e divulgados no sítio eletrônico do Ministério da Saúde. Parágrafo único. O prazo mínimo para nova aquisição de UOM será de cinco anos para os municípios que se enquadrem em pelo menos uma das seguintes condições: I - tenham recebido UOM anteriormente; II - tenham sido contemplados com recursos financeiros para aquisição de UOM; III - tenham atingido o número máximo de veículos permitido por município, conforme regulamentação vigente.
Art. 83-D		"Art. 83-D. A doação poderá ser revogada pelo Ministério da Saúde nos seguintes casos: I - descredenciamento da Unidade Odontológica Móvel (UOM); II - apuração, com fundamento em denúncia formalizada por órgão de controle observando-se o devido processo legal; III - descaracterização do veículo, nos termos do disposto no art. 80, §§ 2º e 3º; § 1º No caso de desistência, por parte da gestão local, da estratégia de utilização da UOM, desde que o veículo esteja em condições adequadas de uso, caberá ao município encaminhar, por meio do serviço de protocolo digital do Ministério da Saúde, a seguinte documentação: I - ofício solicitando formalmente a desistência, acompanhado das aprovações do Conselho Municipal de Saúde e da Comissão Intergestores Bipartite; II - registros fotográficos atualizados da UOM; III - laudo técnico de avaliação do veículo e dos equipamentos que o compõem; § 2º Compete à Coordenação-Geral de Saúde Bucal a análise da solicitação de desistência apresentada pela gestão local. § 3º A Secretaria de Atenção Primária à Saúde poderá solicitar, a qualquer tempo, o envio de imagens (fotos ou vídeos) da UOM, com o objetivo de comprovar o funcionamento do veículo, incluindo a respectiva identidade visual.

		§ 4º Em caso de descaracterização do veículo, excetuando-se as situações previamente autorizadas pelo Ministério da Saúde ou decorrentes de caso for ou força maior, o gestor local deverá restituir ao veículo suas características originais, sob pena de ser responsabilizado pela indenização correspondente ao valor do bem ou pela sua substituição por outro que atenda aos requisitos estabelecidos nesta Seção. § 5º Na hipótese de revogação da doação, a UOM poderá ser remanejada para outro município ou para o Distrito Federal, desde que respeitados os critérios de priorização estabelecidos neste artigo.” (NR)
Art. 83-E	Estabelecer que os recursos orçamentários objeto desta Seção sejam transferidos de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e ao Fundo de Saúde do Distrito Federal, e que corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 6º)	Art. 83-E. Os recursos orçamentários destinados ao cumprimento do disposto nesta Seção correrão à conta do orçamento do Ministério da Saúde e serão transferidos de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde do Distrito Federal e dos municípios. § 1º Para o custeio das ações, os recursos deverão onerar o Programa de Trabalho nº 10.301.5119.219A – Piso da Atenção Primária à Saúde, Plano Orçamentário 0003 – Incentivo financeiro para Atenção à Saúde Bucal. § 2º Para a aquisição das Unidades Odontológicas Móveis, os recursos deverão onerar o Programa de Trabalho nº 10.301.5019.8581 – Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde, Plano Orçamentário – PO 0001 – Estrutura da Atenção à Saúde Bucal.” (NR)
	LISTA DE INSTRUMENTAIS E MATERIAIS PERMANENTES ODONTOLÓGICOS 1) Alavancas inox adulto e infantil 2) Alavancas Seldin adulto 3) Alveolótomos 4) Aplicador para cimento de hidróxido de cálcio 5) Arcos de Yang e Ostby 6) Bandeja de aço 7) Brunidor 8) Cabo para bisturi 9) Cabo para espelho 10) Caixas metálicas inoxidáveis com tampa 11) Calcador de Paiva 12) Calcador Ward (vários números) 13) Cânula para aspiração endodôntica 14) Colgadura 15) Compasso Willis 16) Condensadores Clev-Dent 17) Condensadores Eames 18) Condensadores Hollembach 3s 19) Curetas periodontais 20) Esculpidor Lecron 21) Espátula nº 01 22) Espátula nº 31 23) Espátula nº 36 24) Espátula de cera nº 7 25) Espátula de cimento nº 24 26) Espátula metálica para gesso 27) Espátula plástica para alginato 28) Espelho de mão e de parede 29) Espelho bucal 30) Extirpa-nervos 31) Faca para gesso 32) Fórceps infantis e adultos (vários números) 33) Frasco para biópsia 34) Freza de tungstênio tipo pera MaxiCut 35) Gengivótomos de Kirkland e Orban 36) Gral de borracha 37) Grampos para isolamento absoluto 38) Jogo de moldeiras para desdentados 39) Jogo de moldeiras totais perfuradas 40) Lamparina a álcool 41) Limas endodônticas 42) Limas ósseas 43) Limpador de brocas 44) Macro-escova 45) Macro-modelo 46) Moldeiras hemiarcadas perfuradas (direita e esquerda) 47) Moldeiras parciais perfuradas 48) Óculos de proteção 49) Pedra de afiar curetas periodontais 50) Perfurador de lençol de borracha 51) Pinça porta grampo 52) Pinça anatômica (serrilhada) - 14 cm 53) Pinça Muller 54) Pinça clínica 55) Pinças Halstead (mosquito) curvas e retas 56) Placa de vidro 57) Pote Dappen 58) Porta-agulha 59) Porta-amálgama 60) Porta-matriz 61) Punch (4,5 ou 6 mm) 62) Régua de Fox 63) Régua milimetrada para endodontia 64) Removedor de brocas 65) Seringa luer-lok para irrigação 66) Seringa carpule 67) Sindesmótomo 68) Sonda exploradora 69) Sonda milimetrada 70) Sugador cirúrgico	1. Alavancas inox adulto e infantil; 2. Alavancas Seldin adulto; 3. Alveolótomos; 4. Aplicador para cimento de hidróxido de cálcio; 5. Arcos de Young e Östby; 6. Bandeja de aço; 7. Brunidor; 8. Cabo para bisturi; 9. Cabo para espelho; 10. Caixas metálicas inoxidáveis com tampa; 11. Calcador de Paiva; 12. Calcador Ward (vários números); 13. Cânula para aspiração endodôntica; 14. Colgadura; 15. Compasso Willis; 16. Condensadores Clev-Dent; 17. Condensadores Eames; 18. Condensadores Hollembach; 19. Curetas periodontais; 20. Esculpidor Lecron; 21. Espátula nº 01; 22. Espátula nº 31; 23. Espátula nº 36; 24. Espátula de cera nº 7; 25. Espátula de cimento nº 24; 26. Espátula metálica para gesso; 27. Espátula plástica para alginato; 28. Espelho de mão e de parede; 29. Espelho bucal; 30. Extirpa-nervos; 31. Faca para gesso; 32. Fórceps infantis e adultos (vários números); 33. Frasco para biópsia; 34. Fresa de tungstênio tipo pera Maxicut; 35. Gengivótomos de Kirkland e Orban; 36. Gral de borracha; 37. Grampos para isolamento absoluto; 38. Jogo de moldeiras para desdentados; 39. Jogo de moldeiras totais perfuradas; 40. Lamparina a álcool; 41. Limas endodônticas; 42. Limas ósseas; 43. Limpador de brocas; 44. Macroescova; 45. Macromodelo; 46. Moldeiras hemiarcadas perfuradas (direita e esquerda); 47. Moldeiras parciais perfuradas; 48. Óculos de proteção; 49. Pedra de afiar curetas periodontais; 50. Perfurador de lençol de borracha; 51. Pinça porta-grampo; 52. Pinça anatômica (serrilhada) - 14 cm; 53. Pinça Muller; 54. Pinça clínica; 55. Pinças Halstead (mosquito) curvas e retas; 56. Placa de vidro; 57. Pote Dappen; 58. Porta-agulha; 59. Porta-amálgama; 60. Porta-matriz; 61. Punch (4,5 ou 6 mm); 62. Régua Fox; 63. Régua milimetrada para endodontia; 64. Removedor de brocas; 65. Seringa Luer-Lok para irrigação; 66. Seringa Carpule; 67. Sindesmótomo; 68. Sonda exploradora; 69. Sonda milimetrada; 70. Sugador cirúrgico;

71) Tesoura Metzembbaum - 14 cm reta
72) Tesoura cirúrgica reta e curva, íris e standart

71. Tesoura Metzembbaum - 14 cm reta;
72. Tesoura cirúrgica reta e curva, íris e standart;

ANEXO II

TERMO DE COMPROMISSO

(Anexo XXI-A à Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro 2017)

Ofício nº ____ / ____

Município/DF - UF, ____ de ____ de ____.

Assunto: Proposta de implantação de Unidade Odontológica Móvel – UOM

O Distrito Federal ou Município - UF, inscrito no CNPJ sob _____, propõe a implantação do Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal, Unidade Odontológica Móvel – UOM, vinculado à(s) equipes () ES eSFR, CNES nº _____, por intermédio do(a) Secretário(a) Municipal/Diretor(a) de Saúde, Sr(a) _____, CPF nº _____ e R _____, e solicita a Vossa Excelência a adoção das medidas necessárias a realização do repasse do incentivo financeiro destinado à implantação custeio mensal referente à UOM acima mencionada.

A UOM apresentará as seguintes características:

1. Área ou região de referência;
2. População a ser coberta;
3. Ações e atividades/procedimentos a serem ofertados;

4. Esta Secretaria Municipal/Distrital de Saúde assume o compromisso de:

a) prover a UOM com os instrumentais odontológicos previstos no Anexo I à Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017

b) prover a UOM com os recursos humanos necessários ao funcionamento, conforme estabelecido no art. 80 § 2º da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017;

c) realizar a logística de transporte após o recebimento da UOM do pátio da fabricante ou montadora para o destino final;

d) realizar a manutenção da UOM, dos equipamentos e instrumentais;

e) proceder ao emplacamento e ao seguro do veículo no prazo máximo de trinta dias após o recebimento da UOM

f) providenciar ou manter a identificação visual e o grafismo da UOM de acordo com o padrão definido pelo Ministério da Saúde durante todo o tempo de vida útil da UOM; e

g) cadastrar a UOM no CNES no prazo de até noventa dias contados da data de seu recebimento.

h) elaborar e enviar ao Ministério da Saúde o ofício de solicitação de credenciamento do serviço, dando ciência de que a referida solicitação foi comunicada ao Conselho Municipal ou Distrital de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite.

5. Esta Secretaria de Saúde afirma ter conhecimento de que o repasse do incentivo de custeio será descontinuado no caso de comprovação de qualquer uma das seguintes situações:

a) ocorrência de duplicidade de profissionais: após um período superior a duas competências consecutivas do SCNES;

b) ocorrência de equipes incompletas: após um período superior a duas competências consecutivas do SCNES;

c) ausência de envio de informação à base de dados nacional: após um período superior a três competências consecutivas do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB;

d) ausência, da UOM cadastrada no CNES para o trabalho com equipes, após um período superior a três competências consecutivas;

e) irregularidade identificada por meio de órgãos de controle: auditoria federal, estadual e municipal: de forma imediata à competência financeira da ocorrência de suspensão;

f) a acumulação de carga horária superior a sessenta horas semanais ao profissional cadastrado em equipes ou serviços da APS, após um período superior a três competências consecutivas;

g) após doze competências consecutivas da ocorrência de suspensão total ou do não atendimento aos requisitos mínimos para transferência dos incentivos de custeio federal, será automaticamente revogado o credenciamento e a homologação do INE ou CNES da(s) equipe(s) ou serviço(s) identificado(s);

h) ausência de qualquer um dos equipamentos que compõem a Unidade Odontológica Móvel, após um período superior a três competências consecutivas, nos casos em que a UOM tenha sido doada pelo Ministério da Saúde.

DA ANÁLISE DO IMPACTO REGULATÓRIO

SUMÁRIO EXECUTIVO

2.5. O presente Relatório sobre Análise de Impacto Regulatório (AIR) foi elaborado em atendimento ao disposto no Decreto nº 10.411, de 30 de junho de 2020, que regulamenta a análise do impacto regulatório, com efeitos para a administração pública federal a partir de 14 de outubro de 2021. Foi realizado como requisito para revisão da Portaria da Unidade Odontológica Móvel (UOM).

2.6. O problema regulatório avaliado foi a “Dificuldade de acesso às ações de saúde bucal das populações e territórios em situação de vulnerabilidade”.

2.7. Muitas condições de saúde bucal são reconhecidas como problemas de saúde pública em função de sua prevalência, gravidade, impacto individual e comunitário, dos custos que acarretam ao sistema de saúde e da existência de métodos efetivos de prevenção e tratamento. A cárie dentária não tratada é considerada a condição de saúde mais prevalente em todo o mundo; a doença periodontal severa é a sexta (Antunes et al., 2016).

2.8. Até os anos 2000, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) tinha um caráter verticalizado e centralizador, que se expressava, entre outros aspectos, no predomínio de programas escolares, e na oferta de consultas de urgência aos demais grupos populacionais. Em janeiro de 2004, foram aprovadas novas diretrizes para a política de saúde bucal no país, com o objetivo de ampliar o acesso à assistência odontológica e articular as ações de saúde bucal ao modelo de atenção integral à saúde (Carneiro et al., 2021). Uma destas importantes ações foi a incorporação das equipes de saúde bucal na atenção primária à saúde (APS), superando a restrição histórica desta modalidade assistencial ao grupo materno-infantil, notadamente aos escolares (Antunes e Narvai, 2010).

2.9. Sabe-se que o acesso aos serviços é diferenciado em função de grupos sociais. Crianças provenientes de famílias de baixo poder aquisitivo, por exemplo, têm menor possibilidade de acesso aos serviços. Além disso, estudos sobre o uso dos serviços de saúde pela população adolescente, adulta e idosa apontam que o seu uso é diretamente proporcional aos indicadores socioeconômicos e às condições de saúde (Junqueira et al., 2014). Desta forma, umas das estratégias pensadas pelo Ministério da Saúde, no sentido de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde bucal da APS, foi a instituição de Unidades Odontológicas Móveis (UOM).

2.10. As UOM são consultórios odontológicos estruturados em veículos devidamente adaptados e equipados para o desenvolvimento de ações de assistência odontológica, ofertando atendimento odontológico para populações de locais que apresentam maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde (Nota Técnica de Cadastro, financiamento e processo de trabalho para Municípios que receberam as Unidades Odontológicas Móveis).

2.11. Reconhecendo a importância das doenças bucais e craniofaciais na carga global de morbidade e na associação com doenças sistêmicas, os custos relacionados ao tratamento e a possibilidade de aplicar medidas eficazes de promoção e prevenção, a saúde bucal, como um dos três mais importantes motivos para demanda por cuidados em saúde no Brasil, é fundamental investir e expandir ações de saúde pública que respondam a estas necessidades de saúde bucal (Antunes et al., 2016), de forma coordenada entre os entes federativos.

2.12. Assim, um passo importante para estabelecer melhores práticas na Administração Pública é a realização da Análise de Impacto Regulatório (AIR), a partir da definição do problema que se deseja resolver e dos objetivos que se pretende alcançar, conforme o Decreto nº 10.411, de 30 de junho de 2020.

2.13. Neste sentido, foi elaborado um estudo que culminou na elaboração deste relatório de AIR, abrangendo a definição do problema regulatório, a identificação dos atores afetados pelo problema, a identificação das bases legais, a definição dos objetivos desejados, o mapeamento e a avaliação das possíveis alternativas de ação para subsidiar a decisão da gestão.

2.14. O objetivo fundamental desejado com a(s) proposta(s) de intervenção, além de outros objetivos secundários, é minimizar as dificuldades de acesso às ações de saúde bucal das populações e territórios em situação de vulnerabilidade.

2.15. As próximas seções detalharão os aspectos aqui sumarizados, e apresentarão as demais informações requeridas para uma AIR, conforme orienta o art. 6º do Decreto nº 10.411, de 30 de junho de 2020.

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA REGULATÓRIO

2.16. Em síntese, o problema regulatório definido foi a “Dificuldade de acesso às ações de saúde bucal das populações e territórios em situação de vulnerabilidade”.

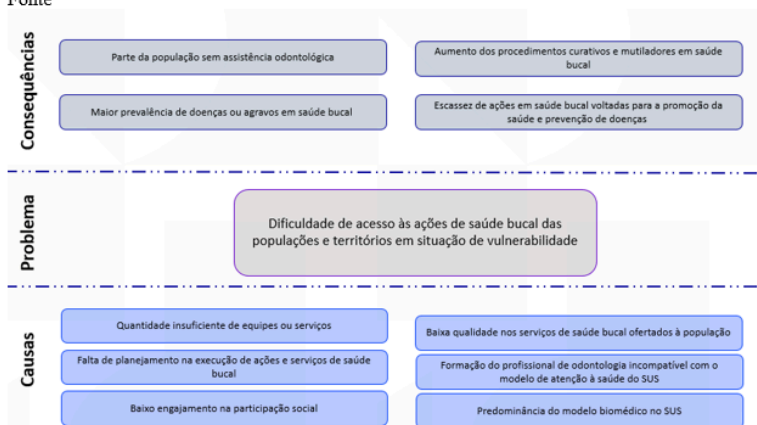
2.17. A partir da priorização da promulgação da Lei 14.572, de 8 de maio de 2023, o direito à saúde bucal passou a fazer parte constitutivo do direito à saúde, assumindo, assim, a prioridade na agenda política. Este aspecto trouxe a necessidade de expansão da oferta de ações e serviços de saúde bucal, como as unidades odontológicas móveis (UOM).

2.18. Desta forma, identificou-se a necessidade de aprimorar os critérios de eleição para doação das UOM, levando à revisão da Portaria nº 2.371, de 7 de outubro de 2009, que trata do Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel (UOM).

2.19. A Figura 1 apresenta as causas e consequências relacionadas ao problema identificado.

Figura 1. Causas e consequências relacionadas ao problema regulatório, 2024.

Fonte



Fonte: CGBS/Desco/SAPS.

IDENTIFICAÇÃO DOS AGENTES ECONÔMICOS, DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS PRESTADOS E DOS DEMAIS AFETADOS PELO PROBLEMA REGULATÓRIO IDENTIFICADO

2.20. Tendo em vista a natureza do problema regulatório em questão, pode-se considerar os principais atores ou grupos afetados, tanto pelo problema regulatório identificado, quanto pelas eventuais alternativas de intervenção consideradas:

2.20.1. **A população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) que acessa os serviços odontológicos da Atenção Primária à Saúde (APS), como a principal demandante e consumidora dos serviços em saúde, que devem ser garantidos pelo Estado:** apresenta-se como o principal grupo afetado pelo problema da dificuldade de expansão do acesso às ações de saúde bucal, no âmbito da APS, a partir da implantação de unidades odontológicas móveis (UOM), sendo ela a beneficiária (final) da assistência odontológica. Como visto na discussão do problema e suas causas, uma baixa qualidade nos serviços de saúde bucal ofertados pode impactar diretamente na segurança e na qualidade de vida do usuário. Nem sempre o usuário reconhece e compreende a totalidade do papel da APS, bem como os riscos envolvidos na assistência odontológica a qual está exposto. Por outro lado, ele é ator fundamental para a melhoria da qualidade dos serviços. Conforme diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), e do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), o usuário deve ser incentivado a se posicionar como uma barreira de segurança, exigindo do serviço a adoção de boas práticas.

2.20.2. **Os municípios, responsáveis pela execução dos planos de saúde na atenção primária:** devem formular suas próprias políticas de saúde e, também, atuar como um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. Além disso, devem coordenar e planejar as ações no âmbito do SUS, em nível municipal, respeitando a normatização federal e o planejamento estadual. Os estados e o Distrito Federal, que têm responsabilidades no processo de organização da Rede de Atenção à Saúde nas unidades da federação, além de atuação complementar em que se requer organização de serviços entre municípios.

2.20.3. **Ministério da Saúde:** possui o interesse do MS em oferecer serviços de melhor qualidade e mais seguros, por meio de diretrizes clínicas e metodológicas que induzam boas práticas nos serviços de saúde. Deste modo, é imprescindível que o MS participe das discussões em torno da expansão das ações estratégicas de assistência odontológica, como as UOM. A Secretaria de Atenção Primária em Saúde (SAPS), como órgão do Ministério da Saúde possui, dentre as suas competências, a coordenação, formulação e a definição de diretrizes para o financiamento federal das políticas, dos programas e das estratégias estruturantes e suficientes para alcançar uma atenção primária à saúde de qualidade, portanto, comprometida em promover a saúde, prevenir doenças evitáveis para alcançar o bem-estar da população.

2.20.4. **Múltiplos atores:** possibilidade de baixo engajamento na participação social para defesa do SUS e sua expansão; pela baixa qualidade nos serviços de saúde bucal ofertados à população; dificuldade em formar profissionais de saúde bucal com perfil compatível para atuação no SUS, orientando a mudança de modelo de atenção à saúde; predominância do modelo biomédico no SUS.

BASE LEGAL QUE AMPARA A AÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

2.21. As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, de janeiro de 2004, que apresenta as diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS.

2.22. A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.23. A Portaria de Consolidação GM/MS nº 02, de 29 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.

2.24. A Portaria de Consolidação GM/MS nº 06, de 29 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

2.25. A Portaria nº 2.371, de 7 de outubro de 2009, que institui no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal – Unidade Odontológica Móvel – UOM.

2.26. A Portaria nº 500, de 29 de maio de 2012, que dispõe sobre a responsabilidade pelo cadastro das UOM no SCNES ser dos gestores municipais.

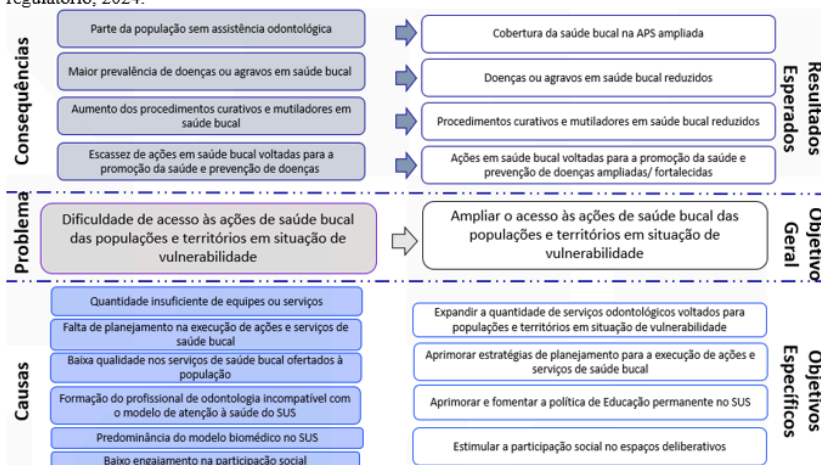
2.27. A Nota Técnica sem número da CGSB/DESCO/SAPS/MS, que trata sobre cadastro, financiamento e processo de trabalho para os municípios que receberam as Unidades Odontológicas Móveis (UOM) do Ministério da Saúde.

2.28. A Portaria de Consolidação SAPS/MS nº 1, de 2 de junho de 2021, que consolida as normas sobre Atenção Primária à Saúde.

OBJETIVOS QUE SE PRETENDE ALCANÇAR

2.29. Tendo em vista o problema regulatório identificado e a intenção de solucioná-lo, foram definidos o objetivo geral, quatro objetivos específicos e quatro resultados esperados, detalhados na Figura 2.

Figura 2. Objetivo geral, objetivos específicos e resultados esperados para solucionar o problema regulatório, 2024.



Fonte: CGSB/Desco/SAPS.

DESCRIÇÃO DAS ALTERNATIVAS POSSÍVEIS E SEUS IMPACTOS

2.30. A fim de solucionar o problema regulatório, a partir da técnica do Problem Push, técnicos da Coordenação Geral de Saúde Bucal (CGSB), auxiliados pela Coordenação Geral de Promoção da Melhoria Normativa (CGPN), elegeram três alternativas:

2.30.1. Manutenção da situação atual;

2.30.2. Revisar/Atualizar a Portaria nº 2.371, de 7 de outubro de 2009;

2.30.3. Apoiar institucionalmente os entes federativos para qualificar as ações de assistência odontológica das populações e territórios em situação de vulnerabilidade.

2.31. Para a descrição das alternativas eleitas, foi utilizada a ferramenta 5W2H, que consiste em um *checklist* administrativo de atividades, prazos e responsabilidades que devem ser desenvolvidas com clareza e eficiência por todos os envolvidos no projeto. Ela tem a função de definir o que será feito (What), porque (Why), onde (Where), quem irá fazer (Who), quando será feito (When), como (How) e quanto custará (How much). O Quadro 1 apresenta o detalhamento desta ferramenta, de acordo com o planejamento proposto pela CGSB.

Quadro 1. Ferramenta 5W2H utilizada para descrição das alternativas e possíveis impactos no enfrentamento do problema regulatório, 2024.

Alternativa	O Que (What)	Porque (Why)	Quem (Who)	Quando (When)	Onde (Where)	Como (How)	Quanto (How Much)
1. Manutenção da situação atual	Manter a Portaria nº 2.371, de 7 de outubro de 2009 como está, sem definição de critérios de elegibilidade	Não onerar financeiramente a União, deixando a responsabilidade para estados e municípios	Coordenação Geral de Saúde Bucal/Desco/SAPS/MS	1º semestre de 2024	Ministério da Saúde	Credenciando e cofinanciando apenas as propostas, enviadas pelos municípios que receberam as UOM doadas pelo MS até 2015. Novas aquisições de UOM realizadas pelos estados e municípios não serão credenciadas e cofinanciadas pelo MS.	296 UOM doadas: R\$ 33.246.720,00 - 2024
2. Revisar/Atualizar a Portaria nº 2.371, de 7 de outubro de 2009.	Revisar os dispositivos da portaria que foram parcialmente consolidados nas PRC 2 e 6 para estabelecer critérios de elegibilidade	Inserir, na Portaria PRCs 2 e 6, os critérios que irão definir os municípios prioritários para doação de novas UOM pelo MS	Coordenação Geral de Saúde Bucal/Desco/SAPS/MS	1º semestre de 2024	Ministério da Saúde	Levantamento dispositivos vigentes; Definição de novos critérios de elegibilidade; alinhamento com áreas envolvidas; elaboração da minuta de atualização portaria; pactuação tripartite; publicação da portaria	R\$ 267.000.720,00
3. Apoio institucional aos entes federativos para qualificar a assistência odontológica ofertada às populações e territórios em situação de vulnerabilidade	Apoiar institucionalmente estados e municípios para organizarem o seu processo de trabalho, uma vez que não haverá ampliação de ação estratégica UOM	Para priorizarem as populações e territórios em situação de vulnerabilidade para ações de assistência odontológica	Coordenação Geral de Saúde Bucal/Desco/SAPS/MS	1º semestre de 2024	Ministério da Saúde	Fortalecer a articulação com as coordenações estaduais de saúde bucal; Proposição de organização da agenda das equipes de saúde bucal; proposição de classificação de risco na APS; Oferta de cursos para a qualificação dos profissionais; Organização do trabalho interno da CGSB para que todos os estados sajam contemplados.	296 UOM doadas: R\$ 33.246.720,00 - 2024

Fonte: CGSB/Desco/SAPS.

- 2.32. Após a descrição do possível impacto das três alternativas eleitas, procedeu-se a um exercício em grupo que discorreu sobre possíveis benefícios (impactos positivos) e custos (impactos negativos). Para o exercício realizado, utilizou-se a técnica *brainstorming*, em oficina de trabalho conduzida pela CGPN, possibilitando o desenvolvimento de vantagens e desvantagens para cada alternativa. O exercício foi realizado orientado pela lista de atores e grupos afetados, especificada no Quadro 1.
- 2.33. O resultado do impacto das três alternativas é apresentado no Quadro 2.

Quadro 2. Impactos positivos e negativos das alternativas eleitas, 2024.

Alternativa	Impactos positivos (benefícios)	Impactos negativos (custos)
1. Manutenção da situação atual	porque não onera o orçamento do MS	reduz a ampliação do acesso à assistência odontológica voltadas à população e territórios em situação de vulnerabilidade; possibilidade de piorar as condições de doenças e agravos em saúde bucal do respectivo público-alvo.
2. Revisar/Atualizar a Portaria nº 2.371, de 7 de outubro de 2009.	porque atende ao princípio da equidade, ao direcionar a doação das UOM aos municípios mais necessitados; tende a reduzir desigualdades em saúde bucal, já que a literatura destaca que territórios mais vulneráveis também apresentam maiores necessidades em saúde bucal; não onera os municípios que serão contemplados com as UOM, já que será realizada doação pelo MS; induz um modelo de saúde bucal centrado na população e na resposta às suas necessidades, com foco na promoção da saúde e prevenção de agravos em saúde bucal.	exige maior aporte financeiro para ampliação desta ação estratégica (UOM); é uma ação focalizada em municípios-chaves, não atende ao princípio da universalidade.
3. Apoio institucional voltado para a assistência odontológica das populações e territórios em situação de vulnerabilidade	porque auxilia os estados e município a organizarem os seus respectivos processos de trabalho, além de torna-los maiores protagonistas no financiamento das ações de assistência odontológica voltadas à população e territórios em situação de vulnerabilidade	o MS não induz a ampliação do acesso à assistência odontológica voltadas à população e territórios em situação de vulnerabilidade; possibilidade de piorar as condições de doenças e agravos em saúde bucal do respectivo público-alvo.

Fonte: CGSB/Desco/SAPS.

CONSIDERAÇÕES REFERENTES ÀS INFORMAÇÕES E ÀS MANIFESTAÇÕES RECEBIDAS PARA A AIR EM EVENTUAIS PROCESSOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL

- 2.34. A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), recentemente, foi incluída na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 14.572/2023), como campo de atuação do SUS. Esta lei prevê o acesso equânime e contínuo aos serviços de saúde bucal, que passam a integrar o SUS definitivamente.
- 2.35. Desta forma, a aquisição de insumos e equipamentos é uma das ações da PNSB, visando a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma assistência integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. A literatura destaca que o financiamento concentrado na esfera federal tem a vantagem de facilitar a aplicação do princípio da equidade na distribuição regional de recursos financeiros do sistema. Além do mais, há um consenso, entre muitos especialistas, de que a busca da universalidade e da equidade pressupõe um sistema público com um perfil de financiamento que combine várias fontes de recursos, mas que a principal delas seja constituída por recursos fiscais (Elias et al., 2001).
- 2.36. Destaca-se que a saúde bucal é considerada marcador de desigualdade social e que práticas mutiladoras como a extração dentária ainda são consideradas como a única alternativa para determinadas populações, principalmente as mais vulneráveis socioeconomicamente. Em decorrência da crise sanitária de covid-19 e com a suspensão dos atendimentos odontológicos seletivos, houve represamento e aumento da demanda por necessidade de tratamento. Somado a isso, de forma prudente e necessária, estima-se pela priorização do modelo de atenção em saúde bucal que esteja centrado em práticas de promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos e que estimule o trabalho realizado pela equipe mínima de saúde bucal, cuja composição deve contemplar o Cirurgião-Dentista, o Auxiliar em Saúde Bucal e/ou Técnico em Saúde Bucal, atuando de forma integrada às equipes de saúde da família.
- 2.37. Ademais, reconhecendo o papel indutor do Governo Federal frente à (re)organização das ações e serviços a nível local, como também o compromisso em enfrentar o desafio de ampliar o acesso à saúde bucal para a população, foi estabelecida, como uma das estratégias prioritárias pela CGSB, a entrega de UOM a municípios que se adequem aos critérios estabelecidos na Portaria nº 2.371, de 7 de outubro de 2009 (em atualização), para ampliar o acesso e a oferta da assistência odontológica.

MAPEAMENTO DAS EXPERIÊNCIAS NACIONAL E INTERNACIONAL QUANTO ÀS MEDIDAS ADOTADAS PARA A RESOLUÇÃO DO PROBLEMA REGULATÓRIO IDENTIFICADO

- 2.38. A literatura destaca que a escassez de recursos de saúde bucal (profissionais ou físicos) pode levar à redução da acessibilidade aos serviços de saúde bucal e, consequentemente, ao pior estado de saúde bucal para os moradores de áreas rurais e remotas. Pessoas que vivem nestas regiões têm mais necessidades de assistência odontológica não atendidas, conhecimentos e práticas de saúde bucal mais escassos e índices mais altos de cárie dentária (Shrivastava et al., 2019).
- 2.39. Trabalho realizado na região rural da Tasmânia, na Austrália, apontou que expandir a força de trabalho contribui para melhorar a relação usuário-profissional e amplia o acesso à assistência odontológica nos serviços de saúde bucal do setor público (Alecrim e Walker, 2007).
- 2.40. Estudo publicado por Slee e West, em 2013, mostrou que o governo australiano investiu em um modelo de assistência odontológica que incluía, dentre outros aspectos, consultórios odontológicos adaptados em veículos 4x4 (ou consultório odontológico móvel), para superar o problema do acesso da população indígena à assistência odontológica.
- 2.41. Estudo sobre desigualdades de saúde bucal entre populações rurais e urbanas, da região da África e do Oriente Médio, apontou que as ações recomendadas para reduzir disparidades incluem programas de promoção de saúde bucal para a população, medidas que visem ampliar o acesso à assistência odontológica ofertada, além de apoiar pesquisas que qualifiquem as políticas públicas com foco nos determinantes sociais da saúde (Ogunbodede et al., 2015).
- 2.42. Revisão de escopo realizada por Shrivastava et al. (2019) identificou 62 iniciativas de universidades para melhorar o acesso aos cuidados de saúde bucal em comunidades rurais e remotas. Estas iniciativas, publicadas, foram identificadas em 16 países, de distintas localidades geográficas: Estados Unidos, África do Sul, China, Índia, Canadá, Austrália, Nova Zelândia, Reino Unido, Escócia, Malta, Peru, Nigéria, Uganda, Romênia, Bulgária e Brasil.
- 2.43. No Brasil, as UOM integram parte das ações de fortalecimento da saúde bucal na atenção primária à saúde (APS), no entanto, De Lara e Frazão (2021) destacaram que, mais de quarenta anos após a publicação de Alma-Ata, a integração da saúde bucal nas políticas da APS continua sendo um grande desafio.

COMPARAÇÃO DAS ALTERNATIVAS CONSIDERADAS

- 2.44. Para fins de comparação das três alternativas indicadas, procedeu-se à escolha da metodologia, conforme disposto no art. 7º do Decreto nº 10.411/2020. Considerando a insuficiência de dados disponíveis no momento da avaliação realizada, não foi possível realizar análises do campo econométrico, tais como custo-benefício, custo-efetividade e outras.
- 2.45. Assim, considerou-se que a análise multicritério contribuiria para o exercício de avaliação proposto, a partir da técnica *Analytic Hierarchy Process* (AHP).
- 2.46. A análise multicritério é uma técnica quali-quantitativa, sendo considerada uma das principais metodologias disponíveis para a realização de uma análise que permite comparar custos e benefícios. Ela permite selecionar alternativas dentro de um conjunto disponível, bem como qualificar a avaliação acerca de informações subjetivas e complexas. Dentre as suas vantagens, destaca-se a possibilidade de auditoria do resultado, pois é constituída de informações que podem ser abertas e reavaliadas pelo tomador de decisão, caso se identifique pontos que merecem um tratamento diferente (Dodgson *et al.*, 2009).
- 2.47. Quanto à técnica AHP, ela se utiliza de procedimentos para derivar os pesos e as pontuações alcançadas por alternativas que são baseadas, respectivamente, em comparações entre critérios e entre opções (Dodgson *et al.*, 2009). Em outras palavras, o aspecto principal da AHP são as decisões tomadas diante de perguntas, por exemplo: “Qual a importância do critério A em relação ao critério B?”. Estas são denominadas comparações de pares. Perguntas desse tipo são usadas para se pontuar os critérios, bem como as opções nos diferentes critérios.
- 2.48. Na oficina de trabalho com os técnicos da CGSB, conduzida pela CGPN, definiu-se que os critérios relevantes seriam os objetivos específicos apresentados anteriormente. A partir disso, comparando-se critério a critério, cada participante avaliou e pontuou o grau de preferência em relação aos critérios definidos.
- 2.49. Na dinâmica em grupo, comparando-se critério a critério, cada participante avaliou e pontuou o grau de preferência em relação às três alternativas definidas para cada critério. O resultado desta atividade, bem como o peso de cada alternativa, são apresentados na Figura 3.

Figura 3. Resultado da Análise Multicritério e peso dos critérios analisados, 2024.

Resultados da Análise Multicritério

Pontuação – Alternativas e Critérios	Critério 1	Critério 2	Critério 3	Critério 4
1. Manutenção da situação atual	0,056	0,056	0,130	0,124
2. Revisar/Atualizar a Portaria nº 2.371, de 7 de outubro de 2009	0,734	0,743	0,138	0,157
3. Apoio institucional voltado para a assistência odontológica das populações e territórios em situação de vulnerabilidade	0,210	0,201	0,732	0,719

Pontuação final	Ordem de preferência
Alternativa 1	0,0703
Alternativa 2	0,6171
Alternativa 3	0,3132

Fonte: CGSB/Desco/SAPS.

- 2.50. Ao analisar o resultado final, observa-se que a revisão/atualização da Portaria nº 2.371, de 7 de outubro de 2009 foi a melhor alternativa. No entanto, é importante destacar a necessidade de priorizar o apoio institucional junto aos entes federados (estados, municípios e Distrito Federal), a fim de fortalecer e qualificar as ações de saúde bucal para as populações e território em situação de maior vulnerabilidade, mas não só eles.

IDENTIFICAÇÃO E DEFINIÇÃO DOS EFEITOS E RISCOS DECORRENTES DA ALTERNATIVA SUGERIDA

- 2.51. Em relação à identificação dos efeitos e riscos, em oficina de trabalho, decidiu-se por quatro riscos. Foi utilizada a técnica de *Brainstorming* e os riscos foram sistematizados, conforme o Quadro 3.

Quadro 3. Identificação dos efeitos e riscos das alternativas escolhidas, 2024.

OBJETIVO RELACIONADO	RISCO	CAUSAS DO RISCO	EFEITOS/CONSEQUÊNCIAS
1. Expandir a quantidade de serviços odontológicos voltados para populações e territórios em situação de vulnerabilidade	Implementação proforma	Baixa capacidade técnico-operacional da gestão; Má alocação dos recursos recebidos	Comprometimento do objetivo relacionado
	Baixo engajamento de parceiros	Falta de interesse por parte dos gestores; Baixa interlocução com as IES; Dificuldade de pactuação	Perpetuação do modelo biomédico; Ações assistenciais de baixa qualidade; Atraso na implementação da solução
	Mudança de prioridade na gestão	Instabilidade política; estagnação orçamentária	Perpetuação do modelo biomédico; Possibilidade de mudança no desenho de proteção social (SUS)
	Atraso na aquisição de UOM	Impugnação/judicialização do edital	Atraso na implantação da solução
2. Aprimorar estratégias de planejamento para a execução de ações e serviços de saúde bucal	Baixo engajamento de parceiros	Falta de interesse por parte dos gestores; Baixa interlocução com as IES; Dificuldade de pactuação	Perpetuação do modelo biomédico; Ações assistenciais de baixa qualidade; Atraso na implementação da solução
	Mudança de prioridade na gestão	Instabilidade política; estagnação orçamentária	Perpetuação do modelo biomédico; Possibilidade de mudança no desenho de proteção social (SUS)
	Baixa adesão por parte dos entes federativos	Falta de interesse por parte dos gestores; Mudança de prioridade na gestão	Inviabilização do objetivo específico; Perpetuação de um modelo gerencialista, focado em produção e números apenas;
	Manutenção de regras obsoletas	Sombreamento e/ou sobreposição entre normas vigentes	Perpetuação de um modelo gerencialista, focado em produção e números apenas; Pouca participação ativa da população para garantia do direito à saúde bucal; Não alcance dos objetivos
	Insuficiência de interlocução interna e externa	Dificuldade de diálogo; Divergências de prioridades e projetos	Não alcance dos objetivos
3. Aprimorar e fomentar a política de Educação Permanente no SUS	Baixo engajamento de parceiros	Falta de interesse por parte dos gestores; Baixa interlocução com as IES; Dificuldade de pactuação	Perpetuação do modelo biomédico; Ações assistenciais de baixa qualidade; Atraso na implementação da solução
	Mudança de prioridade na gestão	Instabilidade política; estagnação orçamentária	Perpetuação do modelo biomédico; Possibilidade de mudança no desenho de proteção social (SUS)
4. Estimular a participação social nos espaços deliberativos	Dificuldade de disseminação e capacitação	Estagnação orçamentária; Desarticulação com a produção científica; Oferta limitada para a educação permanente	Ações assistenciais de baixa qualidade; Perpetuação do modelo biomédico; Poucos profissionais capacitados
	Baixo engajamento de parceiros	Falta de interesse por parte dos gestores; Baixa interlocução com as IES; Dificuldade de pactuação	Perpetuação do modelo biomédico; Ações assistenciais de baixa qualidade; Atraso na implementação da solução
	Mudança de prioridade na gestão	Instabilidade política; estagnação orçamentária	Perpetuação do modelo biomédico; Possibilidade de mudança no desenho de proteção social (SUS)
	Insuficiência de interlocução interna e externa	Dificuldade de diálogo; Divergências de prioridades e projetos	Não alcance do objetivo

Fonte: CGSB/Desco/SAPS.

- 2.52. Apesar de não listado dentre os objetivos relacionados, é preciso considerar o contexto sócio-econômico-ambiental, tendo em vista as crises sanitárias, guerras ou grandes revoluções que poderão afetar e alterar o delineamento das políticas e da sociedade.

2.53. Tendo sido qualificadas as informações de cada risco, procedeu-se ao processo de avaliação para obter o nível de risco inerente, avaliando-se a probabilidade e o impacto. O resultado do Quadro 4 abaixo sistematiza os achados obtidos.

Quadro 4. Apresentação do objetivo relacionados e riscos, tipo, probabilidade, impacto e nível do risco, 2024.

Objetivo relacionado	Risco	Tipo de risco	Probabilidade	Impacto	Nível do risco
Expandir a quantidade de serviços odontológicos voltados para populações e territórios em situação de vulnerabilidade	Implementação proforma	Operacional	3	4	12
	Baixo engajamento de parceiros	Estratégico	2	4	8
	Mudança de prioridade na gestão	Estratégico	1	4	4
	Atraso na aquisição de UOM	Operacional	2	3	6
Aprimorar estratégias de planejamento para a execução de ações e serviços de saúde bucal	Baixo engajamento de parceiros	Estratégico	2	4	8
	Mudança de prioridade na gestão	Estratégico	1	4	4
	Baixa adesão por parte dos entes federativos	Estratégico	1	4	4
	Manutenção de regras obsoletas	Operacional	1	3	3
	Insuficiência de interlocução interna e externa	Operacional	3	3	9
Aprimorar e fomentar a política de Educação permanente no SUS	Baixo engajamento de parceiros	Estratégico	2	4	8
	Mudança de prioridade na gestão	Estratégico	1	4	4
	Dificuldade de disseminação e capacitação	Estratégico	3	4	12
Estimular a participação social nos espaços deliberativos	Baixo engajamento de parceiros	Estratégico	2	4	8
	Mudança de prioridade na gestão	Estratégico	1	4	4
	Insuficiência de interlocução interna e externa	Operacional	3	3	9

Fonte: CGSB/Desco/SAPS.

2.54. Em seguida, foram analisados os fatores de avaliação de controle, obtendo-se o nível de risco inerente. Para o nível risco com pontuação 3, considera-se que ele possui fatores de controle do tipo externo, sendo necessário evitá-lo. Níveis de riscos com pontuação entre 4 e 11,99 são considerados médios e a ação deverá ser o compartilhamento com os demais atores relacionados ao risco apontado. Níveis de risco com pontuação entre 12 a 19,99 são considerados altos e é necessário promover ações para mitigá-los.

2.55. Após esta classificação, foi realizado o detalhamento do plano de resposta aos riscos, conforme disposto no Quadro 5.

Quadro 5. Plano de resposta aos riscos, 2024.

Objetivo relacionado	Risco	Resposta	O que (controle proposto)	Onde (área responsável)	Quem (responsável)	Como (será implementado)	Como (interveniente)	Quando (data de início)	Quando (data de conclusão)
Expandir a quantidade de serviços odontológicos voltados para populações e territórios em situação de vulnerabilidade	Implementação proforma	Mitigar	Intensificar o apoio institucional e o monitoramento	CGSB	Equipe técnica	Reuniões técnicas com CESB; elaborar plano de comunicação	Conass, Conasems, CESB, CMSB	Imediato	Contínuo
	Baixo engajamento de parceiros	Compartilhar	Ampliar canais de diálogo e fortalecer o apoio institucional	CGSB; CESB; CMSB	Equipe técnica	Reuniões técnicas de alinhamento; elaborar plano de comunicação; oficinas e Webnários	Conass, Conasems	Imediato	Contínuo
	Mudança de prioridade na gestão	Compartilhar	Elaborar estratégia de sensibilização	CGSB	Equipe técnica	Reuniões técnicas de alinhamento; elaborar plano de comunicação; oficinas e Webnários	Gabinete da Ministra, SAPS, Conass, Conasems	Imediato	Contínuo
Aprimorar estratégias de planejamento para a execução de ações e serviços de saúde bucal	Atraso na aquisição de UOM	Compartilhar	Articulação com os fornecedores	CGSB	Equipe técnica	Reuniões de alinhamento; audiências públicas com os fornecedores	SE, DLOG, GAB/SAPS, Desco	Imediato	Contínuo
	Baixo engajamento de parceiros	Compartilhar	Ampliar canais de diálogo e fortalecer o apoio institucional	CGSB; CESB; CMSB	Equipe técnica	Reuniões técnicas de alinhamento; elaborar plano de comunicação; oficinas e Webnários	Conass, Conasems	Imediato	Contínuo
	Mudança de prioridade na gestão	Compartilhar	Elaborar estratégia de sensibilização	CGSB	Equipe técnica	Reuniões técnicas de alinhamento; elaborar plano de comunicação; oficinas e Webnários	Gabinete da Ministra, SAPS, Conass, Conasems	Imediato	Contínuo
	Baixa adesão por parte dos entes federativos	Compartilhar	Ampliar canais de diálogo e fortalecer o apoio institucional	CGSB, CESB, CMSB	Equipe técnica	Reuniões técnicas de alinhamento; elaborar plano de comunicação; oficinas e Webnários	Conass, Conasems	Imediato	Contínuo
	Manutenção de regras obsoletas	Aceitar	Monitorar a probabilidade de sobreposição entre as normas vigentes	CGSB	Equipe técnica	Verificar se as normas vigentes não estão obsoletas, em desuso ou não foram revogadas explicitamente	GAB/SAPS, Desco, Conjur, Conass, Conasems	Imediato	Contínuo
	Insuficiência de interlocução interna e externa	Compartilhar	Elaborar estratégia de sensibilização	CGSB	Equipe técnica	Reuniões técnicas de alinhamento; elaborar plano de comunicação; oficinas e Webnários	Gabinete da Ministra, SAPS, Conass, Conasems	Imediato	Contínuo
Aprimorar e fomentar a política de Educação	Baixo engajamento de parceiros	Compartilhar	Ampliar canais de diálogo e fortalecer o apoio institucional	CGSB; CESB; CMSB	Equipe técnica	Reuniões técnicas de alinhamento; elaborar plano de comunicação; oficinas e Webnários	Conass, Conasems	Imediato	Contínuo

permanente no SUS	Mudança de prioridade na gestão	Compartilhar	Elaborar estratégia de sensibilização	CGSB	Equipe técnica	Reuniões técnicas de alinhamento; elaborar plano de comunicação; oficinas e Webnários	Gabinete da Ministra, SAPS, Conass, Conasems	Imediato	Contínuo
	Dificuldade de disseminação e capacitação	Mitigar	Intensificar o apoio institucional e a oferta de educação permanente	CGSB	Equipe técnica	Reuniões técnicas com os CESB, elaborar plano de comunicação, planejar capacitações, realizar oficinas, eventos, webnários, lançar editais de pesquisas estratégicas para a área	SGTES, Decit, Conass, Conasems, CESB, CMSB	Imediato	Contínuo
Estimular a participação social nos espaços deliberativos	Baixo engajamento de parceiros	Compartilhar	Ampliar canais de diálogo e fortalecer o apoio institucional	CGSB; CESB; CMSB	Equipe técnica	Reuniões técnicas de alinhamento; elaborar plano de comunicação; oficinas e Webnários	Conass, Conasems	Imediato	Contínuo
	Mudança de prioridade na gestão	Compartilhar	Elaborar estratégia de sensibilização	CGSB	Equipe técnica	Reuniões técnicas de alinhamento; elaborar plano de comunicação; oficinas e Webnários	Gabinete da Ministra, SAPS, Conass, Conasems	Imediato	Contínuo
	Insuficiência de interlocução interna e externa	Compartilhar	Elaborar estratégia de sensibilização	CGSB	Equipe técnica	Reuniões técnicas de alinhamento; elaborar plano de comunicação; oficinas e Webnários	Gabinete da Ministra, SAPS, Conass, Conasems	Imediato	Contínuo

Fonte: CGSB/Desco/SAPS.

REFERÊNCIAS

- Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de Saúde Bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. Revista de Saúde Pública, 2010; 44(2):360-5.
- Antunes JLF, Toporcovi TN, Bastos JL, Frazão P, Narvai PC, Peres MA. A saúde bucal na agenda de prioridades em saúde pública. Revista de Saúde Pública, 2016; 50:57.
- Brasil. Diretrizes Gerais e Guia Orientativo para Elaboração de Análise de Impacto Regulatório – AIR. Brasília, 2018.
- Brasil. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 10.411, de 30 de junho de 2020. Regulamenta a análise de impacto regulatório, de que tratam o art. 5º da Lei nº 13.874, de 20 de setembro de 2019, e o art. 6º da Lei 13.848, de 25 de junho de 2019. Brasília, 2020.
- Cane R, Walker J. Rural public dental practice in Australia: Perspectives of Tasmanian government-employed dentists. The Australian Journal of Rural Health, 2007. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2007.00898.x>.
- Carneiro JDB, Bousquat A, Chaves SCL, Frazão P. Estrutura e desempenho da assistência médica e odontológica em duas regiões de saúde brasileiras entre 2007 e 2014. Ciência e Saúde Coletiva, 2021; 26(Supl. 2):3555-3566.
- De Lara JVI, Frazão P. Oral health guidelines in the primary care policies of five selected countries: An integrative review. Health Policy Open, 2021; 2: 100042. doi: 10.1016/j.hpopen.2021.100042.
- Dodgson JS, Spackman M, Pearman A, Phillips LD. Multi-criteria analysis: a manual. Department for Communities and Local Government. London, 2009.
- Elias PA, Marques RM, Mendes A. O financiamento e a política de saúde. Revista USP, 2001; 51:16-27.
- Junqueira SR, Araújo ME, Fonsêca GS, Zilbovicius C. A realidade como instrumento pedagógico: problemas bucais e uso de serviços odontológicos. Arq Odontol, 2014; 50(3): 121-130.
- Ogunbodede EO, Kida IA, Madjapa HS, Amedari M, Ehizele A, Mutave R. Oral Health Inequalities between Rural and Urban Populations of the African and Middle East Region. Advances in Dental Research, 2015; 27(1). <https://doi.org/10.1177/0022034515575538>.
- Shrivastava R, Power F, Tanwir F, Feine J, Elham E. University-based initiatives towards better access to oral health care for rural and remote populations: A scoping review. Plos One, 2019. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217658>
- Slee T, West G. Providing a Remote Area Dental Service for Aboriginal and regional communities. National Rural Health Conference, 2013. Disponível em: https://www.ruralhealth.org.au/12nrhc/wp-content/uploads/2013/06/Slee-Tricia_West-Gabrielle_ppr.pdf.

3. CONCLUSÃO

3.1. Tendo em vista o objeto da presente proposta possuir ligação direta com a Portaria de Consolidação GM/MS nº 06, de 28 de setembro de 2017, torna-se indispensável reiterar que a minuta em comento não irá alterar o mérito daquela Consolidada, sob pena de ser nula a presente minuta.

3.2. Ante o exposto, em consideração às observações contidas na Nota n. 00332/2024/CONJUR-MS/CGU/AGU (0040988630), a Coordenação Geral de Saúde Bucal restitui a minuta de portaria que altera a Seção X do Capítulo I do Título II da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que trata do Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel (UOM), com algumas alterações realizadas, bem como a o Anexo 1 do Anexo XXII do Capítulo I da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, também de 28 de setembro de 2017, para análise da versão final da proposta de normativo pela Consultoria Jurídica.

3.3. Encaminhe-se à Coordenação-Geral de Demandas de Órgãos Externos da Atenção Primária- CGOEX/SAPS para conhecimento e providências.



Documento assinado eletronicamente por **Edson Hilan Gomes de Lucena, Coordenador(a)-Geral de Saúde Bucal**, em 25/07/2025, às 21:32, 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 **Ana Cláudia Cardozo Chaves, Diretor(a) do Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária substituto(a)**, em 28/07/2025, às 11:06, 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 **0049328050** e o código CRC **B38115C6**.