



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

NOTA TÉCNICA Nº 14/2023-CGSB/DESCO/SAPS/MS

ASSUNTO: ANÁLISE DE IMPACTO REGULATÓRIO - AS DIFICULDADES DE AMPLIAÇÃO DO ACESSO E DA QUALIDADE NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1. SUMÁRIO

1.1. A Atenção Primária à Saúde pode ser definida como um elemento do sistema de saúde que suporta o processo de atendimento primário, contínuo e focado no indivíduo, para maximizar o nível e distribuição de saúde na sociedade (WHO; UNICEF, 2020). No contexto dos sistemas de financiamento baseados nos provedores de saúde, os programas de pagamento por desempenho podem ser definidos como políticas que utilizam recompensas financeiras para incentivar provedores de saúde ao aprimoramento da eficiência e qualidade do cuidado no sistema de saúde (KONDO et al., 2016). Segundo Ogundéji, Bland e Sheldon (2016), esse modelo de financiamento alternativo tem sido cada vez mais utilizado no mundo na busca para a melhoria da qualidade do cuidado prestado nos sistemas de saúde. No entanto, assim como apontado por Mendelson et al. (2017), a literatura especializada não apresenta consenso sobre a capacidade desses programas em realizar esse objetivo.

1.2. Preliminarmente, importante registrar, que o presente Relatório de 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. Nesse sentido, visualiza-se como fundamental para o desenvolvimento da avaliação estratégica solicitada, que fosse realizada uma Análise de Impacto Regulatório (AIR), a partir da definição do problema que se deseja resolver e dos objetivos que se pretende alcançar, em atendimento ao disposto no Decreto nº 10.411, de 30 de junho de 2020.

1.3. Nesse sentido, neste trabalho foi realizada uma revisão rápida da literatura sobre pagamento por desempenho a partir de uma busca estrutura nos indexadores PubMed e LILACS de registros bibliográficos publicados entre 2015 e 2021. Essa busca foi realizada no intuito de identificar evidências que apontassem os elementos associados ao sucesso desses mecanismos de financiamento à saúde. A busca realizada resultou na seleção de uma revisão de revisões sistemáticas, duas meta-análises e onze revisões sistemáticas da literatura. Essa referências foram analisadas para sintetizar os elementos de sucesso e apontar as deficiências identificadas nos modelos de pagamento por desempenho. Em razão da proposta de pesquisa rápida realizada pelo Evidência Express, é importante ressaltar que este trabalho não visa apresentar um retrato exaustivo da literatura. Nesse sentido, a interpretação dos resultados deve levar em consideração as limitações impostas para a realização da síntese rápida de evidências apresentada.

1.4. O pagamento por desempenho (*pay-for-performance*, P4P), ou financiamento baseado em resultados (*result-based-financing*, RFB), consiste na transferência de dinheiro, a provedores ou serviços de saúde, condicionada a resultados alcançados em face de ações ou metas mensuráveis e predeterminadas. Embora muitos modelos já tenham sido identificados, esquemas de P4P na saúde em geral objetivam incentivar condutas individuais ou coletivas para a obtenção de melhores resultados ou de padrões de qualidade na provisão de serviços de saúde. Em âmbito internacional, o P4P é defendido e utilizado para melhorar a qualidade do atendimento e alcançar metas institucionais nas políticas de saúde.

1.5. No Brasil, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), com o objetivo de induzir a ampliação da capacidade da gestão tripartite (federal, estadual e municipal) do Sistema Único de Saúde (SUS) e ampliação da oferta e qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), em face das necessidades de saúde da população. O PMAQ instituiu recursos financeiros adicionais para os municípios participantes, os quais estão condicionados ao alcance de padrões de acesso e qualidade, e se operacionaliza em ciclos de adesão/contratualização, desenvolvimento e avaliação externa. A conclusão do primeiro ciclo de avaliação do PMAQ se deu em agosto de 2012, incluindo mais de 16 mil equipes de atenção básica, em 3.700 municípios, sendo esta iniciativa especialmente focada na Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo preconizado para ampliação da APS no SUS.

1.6. Nesse ponto, cabe ressaltar o entendimento da AIR como um processo sistemático de análise baseado em evidências que busca avaliar, a partir da definição de um problema regulatório, os possíveis impactos das alternativas de ação disponíveis para o alcance dos objetivos pretendidos, tendo como finalidade orientar e subsidiar a tomada de decisão (BRASIL. Presidência da República, 2020). Nesse contexto, foi elaborado 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 decisão da gestão.

1.7. O objetivo fundamental desejado com a(s) proposta(s) de intervenção, além de outros objetivos secundários, é aprimorar as práticas das equipes de Saúde Bucal (eSB) vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF), no que tange a oferta e qualidade dos serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde (APS), delimitado como o gerenciamento incipiente do acesso da população brasileira na assistência odontológica.

2. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

2.1. O problema regulatório relacionado às práticas das equipes de Saúde Bucal (eSB) vinculadas à Estratégia Saúde da Família, no que tange a oferta e qualidade dos serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde, delimitado como o gerenciamento incipiente do acesso da população brasileira na assistência odontológica.

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

3.1. Um dos desafios na melhoria da qualidade do processo regulatório é envolver os agentes afetados e interessados nas discussões sobre problemas e propostas relacionadas à Saúde Bucal na APS. A identificação desses atores possibilita um planejamento mais participativo no desenvolvimento do tema em regulação e uma melhor articulação com os mesmos durante a construção das propostas regulatórias. A seguir são apresentados os principais grupos afetados pelo problema "oferta e qualidade dos serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde."

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

A população usuária do Sistema Único de Saúde que acessam os serviços odontológicos da Atenção Primária à Saúde, como a principal demandante e consumidora dos serviços em saúde, que devem ser garantidos pelo estado. O paciente constitui o principal grupo afetado pelo problema da oferta e qualidade dos serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde, sendo ele o cliente 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 do paciente. Além disso, com

base nas denúncias e questionamentos técnicos recebidos pela Anvisa, o paciente não compreende completamente o papel da APS e suas ações, e não conhece os riscos envolvidos na assistência a que ele está exposto durante a assistência, apesar de ser o destinatário final delas. Ressaltamos por outro lado, a importância do paciente como um ator fundamental para a melhoria da qualidade dos serviços. Conforme diretrizes da OMS (Organização Mundial da Saúde), e do PNSP (Programa Nacional de Segurança do Paciente), o paciente deve ser incentivado a se posicionar como uma barreira de segurança, exigindo do serviço a adoção de boas práticas.

Os profissionais de saúde, que são os responsáveis diretos pela atenção à saúde da população, sendo os executores do cuidado em saúde ofertado nas unidades e serviços da Atenção Primária à Saúde. O(a) dentista, depois do paciente, representa um importante agente afetado, uma vez que possui papel central no gerenciamento da qualidade e na oferta dos serviços na assistência odontológica. Ele é o principal responsável pela observação das boas práticas de funcionamento, práticas clínicas e de segurança baseadas em evidências. Contudo, a formação do profissional de odontologia é centrada na aquisição de conhecimentos para realização dos procedimentos técnicos no cuidado ao paciente, não contemplando, na sua maioria, a visão sistemática de gerenciamento da qualidade e do acesso universal recomendados pela OMS e estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Além disso, a ausência de diretrizes e de um trabalho específico de sensibilização do profissional de odontologia podem ter contribuído para a percepção limitada e ainda incipiente da necessidade de melhoria da qualidade e do acesso à assistência odontológica na APS.

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 o 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. Os conselhos estaduais e municipais de saúde, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. Possuem uma série de responsabilidades, dentre as quais: avaliação e aprovação dos planos locais de saúde, acompanhamento das ações na área da saúde, avaliação e aprovação dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG).

Organizações da Sociedade Civil: diversas organizações da sociedade civil participam ativamente das discussões regulatórias. Na odontologia não é diferente, onde associações representam setores específicos e especialidades dentro da odontologia, que atuam no ensino, atendimento e apoio profissional do setor. Essas associações são indispensáveis à gestão de qualidade, pois além de conhecer as realidades específicas das especialidades odontológicas, são potentes disseminadores de informação. Ressalta-se que a elaboração e validação de protocolos clínicos, importantes instrumentos para a observação das boas práticas clínicas baseadas em evidências, ainda não constitui uma prática difundida entre as associações de classe, como na medicina.

Ministério da Saúde: o Ministério da Saúde – MS é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e assistência à saúde da população brasileira. É o gestor nacional do SUS e juntamente com as outras esferas de governo tem a competência de definir mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde, monitorar o nível de saúde da população, gerenciar e aplicar os recursos orçamentários e financeiros, definir políticas de recursos humanos, realizar o planejamento de curto e médio prazo. Possui diversos programas relacionados a assistência odontológica e diretrizes direcionadas aos serviços públicos. Observa-se que, além do 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. Desse modo, é imprescindível que o MS participe das discussões sobre o gerenciamento da qualidade e do acesso à assistência odontológica. A Secretaria de Atenção Primária em Saúde (SAPS), como órgão do Ministério da Saúde que 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; e o Ministério da Saúde, como órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de políticas públicas, programas e planos voltados para a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a assistência à saúde da população, devendo promover o bem-estar de todos, pautando-se pela universalidade, integralidade e equidade.

Gestores da política de saúde Conass/Conasems: O Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems) são entidades de direito privado, que tem o objetivo de articular, representar e apoiar as secretarias estaduais e municipais de saúde no âmbito do SUS, e promover a disseminação da informação. Eles representam atores especialmente importantes na discussão sobre o acesso e a qualidade das ações ofertadas nos serviços de Saúde bucal devido ao profundo conhecimento das diversas realidades e desafios que os gestores locais enfrentam na administração e oferta de assistência odontológica nos serviços públicos. Acrescenta-se aí, os desafios para estruturar as unidades básicas de saúde do país, muitas vezes com escassez de recursos financeiros e humanos. O grupo de discussão do tema também ressaltou que a discrepância de recursos entre serviços de saúde públicos e privados são pautas de interesse das entidades em questão e podem impactar na efetividade do cuidado ofertado nos serviços de odontologia.

Instituições de ensino: as instituições de ensino superior são agentes importantes no processo de disseminação e implementação de novas práticas relacionadas à qualidade da assistência odontológica. Representam atores que devem participar das discussões do tema, pois além de possibilitar o aprendizado de boas práticas seguras, estão envolvidos no gerenciamento dos riscos da assistência oferecida nos laboratórios e clínicas das universidades. Algumas características observadas na grade curricular de ensino nas faculdades de odontologia foram levantadas na discussão do problema regulatório. Entre estas, destaca-se o aprofundamento científico voltado para os procedimentos técnicos e práticas odontológicas como foco natural da maioria dos cursos e uma abordagem incipiente das diretrizes básicas sobre atuação no primeiro nível de atenção à saúde.

4. IDENTIFICAÇÃO DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL QUE AMPARA A AÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

4.1. A Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988, que estabelece em seu art. 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

4.2. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

4.3. 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.

4.4. 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).

4.5. A Portaria de Consolidação GM/MS nº 01, de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

4.6. A Portaria de Consolidação GM/MS nº 02, de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.

4.7. A Portaria de Consolidação GM/MS nº 03, de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.

4.8. A Portaria de Consolidação GM/MS nº 05, de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre as ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

4.9. A Portaria de Consolidação GM/MS nº 06, de 28 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.

4.10. A Portaria GM nº 102, de 20 de janeiro de 2022, que altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.

4.11. A Nota Técnica nº 15/2022-SAPS/MS que alterou a Nota Técnica nº 3/2022-DESF/SAPS/MS, que trata dos Indicadores de Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil (2022) de que trata a Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022, publicada no diário oficial da união em 21 de janeiro de 2022 na edição nº 15, seção nº 01, página: 197 que alterou a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.

5. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

5.1. O objetivo principal dessa AIR é desenvolver uma gestão eficiente do risco sanitário na assistência odontológica no primeiro nível de atenção, APS, no Brasil, sendo alguns dos principais objetivos específicos a promoção de uma regulamentação federal específica para a assistência odontológica e a implementação de um sistema de pagamento por desempenho como indução de boas práticas e ampliação do acesso aos serviços de assistência odontológica.

5.2. Após a contextualização acerca do acesso precário e a qualidade dos serviços de odontologia ofertados na APS, a equipe de trabalho passou a discutir os principais objetivos a serem alcançados com ações propostas frente a atual gestão incipiente de monitoramento e avaliação na assistência odontológica. Dessa forma, a definição dos objetivos levou em consideração as características apresentadas do problema regulatório e suas principais causas identificadas, bem como considerou a competência legal de atuação desta área técnica.

5.3. Portanto, refletindo o problema central, o objetivo principal é desenvolver uma gestão eficiente do acesso na assistência odontológica de qualidade na APS do SUS no Brasil. Para alcançar o objetivo principal foram elaborados alguns objetivos específicos com a finalidade de enfrentar os principais grupos de causas identificados como prováveis responsáveis pela atual gestão incipiente do acesso na assistência odontológica de qualidade na prestação de serviços de odontologia. Os objetivos específicos contemplam:

- Promover uma gestão da garantia do acesso à assistência odontológica na APS, em nível federal, efetiva, clara e objetiva: atualmente o acesso à assistência odontológica se dá por meio de normas transversais aos serviços de saúde e não contemplam as especificidades da prática odontológica, faz-se necessária a promoção de medidas indutoras de boas práticas, inclusive medidas regulamentadoras, específicas para a assistência odontológica neste nível de atenção.
- Promover a segurança das ações ofertadas nos casos de assistência odontológica prestada fora dos estabelecimentos de saúde: novas práticas de prestação de assistência odontológica muitas vezes exigem que o profissional de odontologia ofereça o serviço fora de um estabelecimento de saúde estruturado, como é o caso dos serviços em domicílio, nas escolas ou serviços itinerantes. Faz-se, portanto, necessária a promoção da segurança do paciente dessa assistência contemplando essas e outras possibilidades, onde a estrutura pode não ser o principal ponto de apoio no controle dos riscos.
- Promover estratégias eficazes para o monitoramento das ofertas realizadas pelas equipes de Saúde Bucal: as lacunas de cuidado em todos os ciclos de vida e a falta de diretrizes claras para o monitoramento das ações ofertadas na assistência odontológica evidenciam e ampliam a especificidade e as divergências no exercício destes profissionais nas equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família. A atuação consistente no monitoramento com disponibilização dos dados é essencial para uma efetiva gestão do acesso em nível nacional.
- Ampliar o acesso referente à saúde bucal na APS: a área de atuação do profissional de odontologia é dinâmica e vem passando por uma contundente expansão, que acompanha o desenvolvimento tecnológico na área da saúde. O cenário epidemiológico também sofre alterações constantes, a exemplo da recente pandemia da Covid-19, que exigem adaptações dos processos de trabalho e das práticas clínicas na odontologia. Dessa forma, a ampliação do conhecimento é necessária para que o gerenciamento do risco seja baseado em evidências e adequado ao cenário atual, permitindo a oferta de ações resolutivas.
- Implementar um sistema de pagamento por desempenho às boas práticas que envolvam ampliação do acesso à assistência odontológica: observa-se que a literatura científica contempla a descrição do pagamento por desempenho como indutor de boas práticas em serviços de saúde. Dessa forma, é necessário que se estabeleça quais eventos devem ser monitorados para a implementação de um sistema que vise a melhoria da qualidade ofertada às pessoas usuárias destes serviços.

6. DESCRIÇÃO DAS ALTERNATIVAS POSSÍVEIS AO ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA REGULATÓRIO IDENTIFICADO, CONSIDERANDO A OPÇÃO DE NÃO AÇÃO, ALÉM DAS SOLUÇÕES NORMATIVAS, E, SEMPRE QUE POSSÍVEL, OPÇÕES NÃO NORMATIVAS

6.1. Atualmente, o financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) é calculado com base em 04 componentes: Captação ponderada; Pagamento por desempenho; Incentivo financeiro com base em critério populacional e Incentivos para ações estratégicas. Cada um desses componentes foi pensado para ampliar o acesso das pessoas aos serviços da APS e promover o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas assistidas.

6.2. Nesse contexto, a equipes de Saúde Bucal (eSB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) representam a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

6.3. Os principais problemas identificados para a instituição do pagamento de desempenho através de indicadores para as eSB 40 horas vinculadas à ESF são os seguintes:

- A disparidade na oferta de serviços odontológicos entre os municípios a nível de Atenção Primária.
- A dificuldade em estabelecer fluxos de encaminhamento entre as equipes de Saúde da Família e as equipes de saúde bucal ou outras modalidades de atenção odontológica à nível de APS nos municípios.
- Necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de saúde bucal.
- Instabilidade das equipes e alta rotatividade dos profissionais.
- Sobrecarga das equipes de saúde bucal com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade, comprometendo o acesso, a cobertura e a qualidade dos seus atendimentos.
- Pouca integração entre os profissionais das equipes de saúde bucal e das equipes de saúde da família.
- Indisponibilidade de recursos para investir em qualificação dos profissionais de saúde bucal dos municípios que promova a melhoria da oferta e qualidade dos serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde (APS).
- Inadequadas condições de trabalho para os profissionais.
- Estrutura física inadequada ou insuficiente impossibilitando a ampliação do número de equipes de saúde bucal e a ampliação do acesso aos serviços odontológicos.
- Ambiência pouco acolhedora, transmitindo à população a impressão de que os serviços ofertados são de baixa qualidade.
- Financiamento insuficiente e inadequado das equipes de saúde bucal.

6.4. As alternativas foram elaboradas considerando os diferentes cenários diante da proposição. Para minimizar as dificuldades ou obstáculos que parte dos entes federativos encontram para executar a ação de oferta de atendimento odontológico oferecido à população, foram consideradas 4 (quatro)

alternativas de intervenção para a solução do problema regulatório:

1. Incentivo financeiro de pagamento por desempenho da Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde;
2. Alcance obrigatório de metas para custeio das equipes de Saúde Bucal;
3. Fomentar práticas exitosas por meio da qualificação de profissionais de saúde bucal na Atenção Primária; e
4. Não intervir.

7. EXPOSIÇÃO DOS POSSÍVEIS IMPACTOS DAS ALTERNATIVAS IDENTIFICADAS

7.1. Identificou-se e comparou-se os impactos das opções regulatórias segundo as alternativas elencadas no Quadro a seguir:

ALTERNATIVA	IMPACTO
Incentivo financeiro de pagamento por desempenho da Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde	Com as novas habilitações de eSB, o Brasil passa a contar com 33.542 equipes de saúde bucal na atenção primária, atingindo uma cobertura total de 111.605.775 de pessoas. Essa alternativa induzirá melhorias na qualidade do atendimento e alcançará metas estabelecidas na política de saúde bucal.
Alcance obrigatório de metas para custeio das equipes de Saúde Bucal	Ao mesmo instante em que se demonstra uma alternativa com impacto positivo para os usuários, pode acarretar em perda de recursos aos municípios, uma vez não atingindo a meta estabelecida.
Fomentar práticas exitosas por meio da qualificação de profissionais de saúde bucal na Atenção Primária.	Alcança os usuários do Sistema Único de Saúde de forma indireta, pois seu foco de atuação está centrado nas equipes de Saúde Bucal e demais profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família, bem como gestores das unidades de saúde.
Não intervir	Promove continuidade de modelo assistencial divergente do que propõe a normatização do Sistema Único de Saúde, que prevê cuidado universal, integral e equânime à toda população.

7.2. Comparativamente, observa-se que a alternativa de não intervenção apresenta-se como a alternativa que não deve ser considerada de nenhuma maneira, pois além de acarretar em redução de atendimentos e cuidados, estaria em divergência ao que propõe as normatizações do SUS, ao mesmo instante que de forma mais exitosa, entende-se que o incentivo financeiro de pagamento por desempenho da Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde encontra-se no lado inverso, em que as chances de alcance de melhorias para o cuidado odontológico poderá ser alcançado dentro das potencialidades de todos os atores envolvidos.

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

8.1. Ressalta-se que apesar do Programa Brasil Sorridente ter sido instituído em 2004, por meio das Diretrizes Nacional de Saúde Bucal, até então não era formalizado em Política Pública. Diante deste cenário, tramita no Congresso Nacional, o Projeto de Lei 8.131/2017 que quer instituir a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS.

8.2. Neste sentido, e considerando que não há obrigatoriedade na implementação da referida política à nível municipal, cabendo ao gestor local definir por sua implementação ou não, torna-se relevante que medidas sejam definidas para que haja maior dispêndio de esforços em demonstrar às gestões locais a importância da saúde bucal no âmbito da rede de assistência à saúde e, gerar padronização e qualidade os atendimentos odontológicos ofertados, sejam eles de caráter individual e/ou coletivos. Uma das formas de indução encontrada é o pagamento por desempenho em que evidências científicas têm demonstrado resultados positivos nos indicadores de processos na atenção à saúde (BIANCHI e ADAMCZYK, 2022).

8.3. Saliencia-se ainda 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 do contexto da pandemia da covid-19 e com a suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos, houve represamento e aumento da demanda por necessidade de tratamento. Somado a isso, de forma prudente e necessária, estima-se pela mudança do modelo de atenção com privilégio para práticas de promoção em saúde e prevenção de doenças e agravos e, ainda, para o estímulo ao trabalho realizado pela equipe mínima de saúde bucal que tem em sua composição o Cirurgião-Dentista, Auxiliar em Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal, que atuam integradas às equipes de saúde da família (compostas por médicos, enfermeiros e técnicos).

8.4. Ademais, reconhecendo o papel indutor do Governo Federal frente à (re)organização das ações e serviços à nível local e, também, o desafio do acesso à saúde bucal para a população, foi estabelecido recurso financeiro federal adicional para aquelas equipes que cumprirem 85% dos 13 (treze) indicadores de saúde propostos.

8.5. Tendo em vista esse desafio, o Governo Federal vem trabalhando na expansão deste acesso da população através da implantação de novas equipes de saúde bucal, e também, propondo a inclusão prioritária de grupos estratégicos aos cuidados de saúde bucal, através de novos programas que aceleram o processo. Priorizando esse acesso e, por meio do novo incentivo de pagamento, não somente vislumbra alcançar a melhoria da saúde bucal dos brasileiros, como também a prevenção de complicações em condições de saúde geral.

9. MAPEAMENTO DA EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL QUANTO ÀS MEDIDAS ADOTADAS PARA A RESOLUÇÃO DO PROBLEMA REGULATÓRIO IDENTIFICADO

9.1. Conforme aponta Barreto (2014), o Pagamento por Desempenho, tradução para (pay-for-performance, P4P) é usado em experiências internacionais visando à melhoria dos resultados em saúde. No Brasil o pagamento por desempenho é parte importante do financiamento da Atenção Primária à Saúde. Na prática, o pagamento por desempenho ou financiamento baseado em resultados, consiste na transferência de recursos aos gestores municipais, condicionado ao alcance de resultados de indicadores com metas mensuráveis e pré-determinadas e definidas de forma tripartite com representantes das esferas de gestão estadual e municipal.

9.2. Embora muitos modelos já tenham sido identificados, esquemas de P4P na saúde em geral objetivam incentivar condutas individuais ou coletivas para a obtenção de melhores resultados ou de padrões de qualidade na provisão de serviços de saúde (Mannion, 2008; Pearson et. al, 2008). Evidências demonstram que o pagamento por desempenho é utilizado para melhorar a qualidade do atendimento e alcançar metas estabelecidas nas políticas de saúde. Apesar do P4P ser uma das estratégias dominantes na busca da melhoria da qualidade dos sistemas e organizações de saúde, ainda persiste considerável lacuna nas evidências sobre sua efetividade (Giuffrida et. al, 2000).

9.3. Para categorização dos resultados dos diversos estudos incluídos nessa revisão, se considerou especialmente o aspecto da efetividade do P4P em face dos objetivos propostos pelo esquema estudado. Para isso, foram considerados somente os estudos que visaram especificamente a esse tipo de análise, excluindo-se do quadro síntese de resultados aqueles estudos que, embora relevantes para a discussão dos efeitos da intervenção, não avaliaram em alguma medida os resultados obtidos em função do P4P.

9.4. As revisões sistemáticas foram consideradas como a evidência de mais alto nível de recomendação (▲▲▲), seguidas dos ensaios clínicos controlados (▲▲), os quais foram considerados como evidência superior aos estudos observacionais (▲) quanto ao nível de recomendação, seguindo a

classificação preconizada em âmbito internacional. O quadro abaixo, apresenta o panorama geral desta revisão, considerando a efetividade do P4P e o nível de recomendação da evidência.

Quadro - Síntese dos resultados e nível de recomendação da evidência.

Estudo	Resultados acerca da efetividade do P4P			
	Nível de recomendação	Efetivo	Não efetivo	Inconclusivo
Stone et al. 2002 ¹⁴	▲▲▲	▲		
Chaix-Couturier et al. 2000 ¹⁵	▲▲▲	▲		
Petersen et al. 2006 ¹⁶	▲▲▲	▲		
Giuffrida et al. 2000 ¹⁷	▲▲▲			▲
Sturm et al. 2007 ¹⁸	▲▲▲	▲		
Witter et al. 2012 ¹⁹	▲▲▲			▲
Scott et al. 2011 ²⁰	▲▲▲			▲
Van Herck et al. 2010 ²¹	▲▲▲			▲
de Bruin et al. 2011 ²²	▲▲▲			▲
Eldridge e Palmer 2009 ²⁴	▲▲▲			▲
Gillam et al. 2012 ²⁵	▲▲▲		▲	
Oxman e Fretheim 2009 ²⁶	▲▲▲			▲
Emmert et al. 2012 ²⁷	▲▲▲			▲
Kouides et al. 1998 ²⁹	▲▲	▲		
Hillman et al. 1998 ³⁰	▲▲		▲	
An et al. 2008 ³¹	▲▲	▲		
Chung et al. 2010 ³²	▲▲		▲	
Basinga et al. 2011 ³³	▲▲	▲		
Biai et al. 2007 ³⁴	▲▲	▲		
Miller et al. 2012 ³⁵	▲▲			▲
Huntington et al. 2010 ⁴²	▲	▲		
Beaulieu e Horrigan 2005 ³⁶	▲	▲		
Lee et al. 2011 ⁴³	▲	▲		
Chan et al. 2004 ⁴⁴	▲		▲	
Forsberg et al. 2001 ³⁷	▲	▲		
Ryan e Blustein 2011 ⁴⁵	▲		▲	
Hamilton et al. 2010 ⁴⁶	▲	▲		
Forsberg et al. 2001 ⁵⁰	▲		▲	
Sanada et al. 2010 ³⁸	▲	▲		
Millett et al. 2009 ³⁸	▲	▲		
Alshamsan et al. 2012 ⁴⁷	▲		▲	
Hong e Linn 2007 ⁴⁸	▲		▲	
Fleetcroft et al. 2010 ³⁹	▲	▲		
Doran et al. 2010 ⁴⁰	▲	▲		
Lester et al. 2010 ⁵¹	▲	▲		
Steel et al. 2007 ⁵²	▲	▲		
Gavagan et al. 2010 ⁴⁹	▲		▲	
Fiorentini et al. 2011 ⁴¹	▲	▲		

Fonte: adaptado de Barreto, J. O. M., 2015.

9.5. Percebeu-se que dentre as evidências com mais alto nível de recomendação, as conclusões foram predominantemente conservadoras, no sentido de reconhecer evidências que sustentem a efetividade do P4P para obtenção de melhores resultados na saúde, podendo ser eficazes para produzir os resultados objetivados.

9.6. Do total de 38 estudos incluídos no Quadro, dentre os 13 estudos que integram o mais alto nível de recomendação (Revisões Sistemáticas), 04 foram favoráveis à efetividade do P4P, 01 contrário e 08 reconheceram as evidências para afirmar a efetividade da intervenção. Dentre os ensaios clínicos controlados, também considerados com estudos com bom nível de recomendação, 04 observaram a efetividade do P4P nas suas conclusões, 02 implicaram a não efetividade e 01 restou inconclusivo. Entre os estudos observacionais, 12 artigos reportaram efeitos decorrentes da utilização do P4P e 06 a indiferença dos resultados observados para com a intervenção.

10. IDENTIFICAÇÃO E DEFINIÇÃO DOS EFEITOS E RISCOS DECORRENTES DA EDIÇÃO, DA ALTERAÇÃO OU DA REVOGAÇÃO DO ATO NORMATIVO

10.1. No que se refere à edição de ato normativo com o regramento da alternativa escolhida, trata-se de uma ação necessária por parte do Ministério da Saúde, justamente por ser uma das formas de dar transparência aos seus atos, elencando as diretrizes da política de saúde no Brasil. Tem-se o risco das definições inseridas no ato normativo não serem totalmente compreendidas por parte da população geral ou público-alvo, em decorrência da adoção de linguagem inacessível ou que acarrete limitação do acesso à informação.

11. COMPARAÇÃO DAS ALTERNATIVAS CONSIDERADAS, APONTANDO, JUSTIFICADAMENTE, A ALTERNATIVA OU A COMBINAÇÃO DE ALTERNATIVAS QUE SE MOSTRA MAIS ADEQUADA PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS PRETENDIDOS

11.1. Os Quadros de 1 a 4 sistematizam as vantagens e desvantagens consideradas para as alternativas para superar o problema regulatório identificado.

Quadro 1 - Vantagens e desvantagens da alternativa A

Alternativa A	Incentivo financeiro de pagamento por desempenho da Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde
Vantagens	<ol style="list-style-type: none"> 1. Favorece o alcance da meta dos indicadores e aumenta impacto das ações odontológicas na Atenção Primária à Saúde no Brasil; 2. Estimula que os gestores atuem na organização da força de trabalho da rede de atenção à saúde; 3. Favorece que os contextos e realidades sejam utilizados como alternativas replicáveis pelos municípios/equipes; 4. Permite a troca de experiências entre diferentes realidades a nível nacional; 5. Fomenta a transformação da realidade local; 6. Estimula os municípios a pensarem e implementarem novas estratégias para o alcance das metas; 7. Incentiva a melhora da qualidade dos serviços de saúde bucal oferecidos à população; 8. Eleva o valor de repasse de recursos de incentivo de custeio mensal para as ações e serviços de saúde bucal; 9. Fortalecer o controle social e maior transparência; 10. Fortalecer o foco do cuidado nos usuários; 11. Fomenta e incentiva a conduta individual e coletiva dos profissionais e gestores; e 12. Experiência adquirida pelos municípios com alcance do indicador de proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.
Desvantagens	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificuldade de os atores envolvidos entenderem a complexidade do seu processo de implementação; e 2. Limitações no processo de inserção de dados em sistemas de informação em saúde que podem acarretar na não transmissão de informações para fins de

Quadro 2 - Vantagens e desvantagens da alternativa B

Alternativa B	Alcance obrigatório de metas para custeio das equipes de Saúde Bucal
Vantagens	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fomenta, de forma obrigatória, a melhoria de indicadores de saúde voltados à atenção odontológica; 2. Favorece o alcance da integralidade da atenção à saúde da população; 3. Possibilita que gestores organizem os fluxos de trabalho e encaminhamentos na rede de atenção à saúde; 4. Aumenta a efetividade; 5. Melhora a qualidade da alimentação e o uso dos sistemas de informação; 6. Institucionaliza a cultura de monitoramento e avaliação da Atenção Primária; 7. Atua como um reforço positivo, incentivando boas práticas entre gestores e profissionais na oferta dos serviços odontológicos;
Desvantagens	<ol style="list-style-type: none"> 1. Municípios com baixa cobertura de equipes e/ou com baixa qualidade da força de trabalho e comprometimento dos profissionais podem ter dificuldade de 2. Trata-se de uma prática que reduz a autonomia dos entes federados na gestão dos recursos, ações e serviços de saúde; 3. Reduz o escopo de atuação da APS, no instante em que direciona as ações para o que é obrigatório em detrimento de toda carteira de serviços disponível 4. Pode ocasionar a redução do repasse de incentivos federais caso as metas para os indicadores não sejam alcançados.

Quadro 3 - Vantagens e desvantagens da alternativa C

Alternativa C	Fomentar práticas exitosas por meio da qualificação de profissionais de saúde bucal na Atenção Primária
Vantagens	<ol style="list-style-type: none"> 1. Favorece a padronização dos serviços de saúde bucal; 2. Permite a padronização das orientações aos municípios. 3. Engloba ações descentralizadas (na gestão federal, estadual e municipal) por meio de condutas clínicas odontológicas cotidianas; 4. Apresenta ações e estratégias que envolvem gestores, profissionais de saúde e usuários do sistema de saúde; 5. Fomenta a educação permanente; 6. Permite a disseminação de boas práticas; 7. Promove a produção de materiais baseados em evidências científicas;
Desvantagens	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exige maior priorização por parte dos gestores locais, para efetivar as ações previstas; 2. Não permite a resolução de alguns problemas estruturais enfrentados a nível local; 3. Há práticas que não são possíveis de serem replicadas em território nacional.

Quadro 4 - Vantagens e desvantagens da alternativa D

Alternativa D	Não intervir
Vantagens	<ol style="list-style-type: none"> 1. Possibilidade de avaliar a continuidade dos dados sem intervenção; 2. Permite autonomia administrativa e governamental dos municípios para o desenvolvimento de ações e estratégias; 3. Permite que os municípios utilizem recursos já existentes para fomentar o acesso à população; 4. Caso exista a continuação do padrão atual, espera-se, mesmo que de forma lenta, o crescimento do acesso da população aos serviços odontológicos; 5. Em um cenário de restrição orçamentária, não há maior impacto financeiro do Governo Federal.
Desvantagens	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permanência do modelo de atenção à saúde bucal desfocada da realidade e contexto-loco-regionais e com práticas mutiladoras como a extração dentária 2. Baixo acesso aos serviços odontológicos pela população.

12. DESCRIÇÃO DA ESTRATÉGIA PARA IMPLEMENTAÇÃO DA ALTERNATIVA SUGERIDA, INCLUINDO FORMAS DE MONITORAMENTO E DE FISCALIZAÇÃO, BEM COMO A NECESSIDADE DE ALTERAÇÃO OU DE REVOGAÇÃO DE NORMAS EM VIGOR

12.1. Em atenção ao disciplinado na Portaria GM/MS nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde, com alterações pela Portaria GM/MS nº 1.384, de 08 de junho de 2022, esta Coordenação-Geral de Saúde Bucal - CGSB encaminha a presente Nota Técnica para subsidiar a publicação da Portaria que dispõe sobre incentivo financeiro federal adicional de custeio para os indicadores do pagamento de desempenho para as equipes de Saúde Bucal 40 horas vinculadas à Estratégia Saúde da Família, de que trata o Ofício nº 115/2023/CGSB/DESCO/SAPS/MS (0033290208).

12.2. Em 2004, o Ministério da Saúde lançou o Programa Brasil Sorridente, que se constitui em uma série de medidas que visam garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população. As principais linhas de ação do programa são a reorganização da atenção básica em saúde bucal, principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família - ESF; a ampliação e qualificação da atenção especializada especialmente com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas - CEO, Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.

12.3. Nesse contexto, a Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família representa a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

12.4. Existem atualmente duas composições de equipes de Saúde Bucal - eSB:

- Modalidade I - Cirurgião-dentista, Auxiliar em Saúde Bucal ou Técnico em Saúde Bucal;
- Modalidade II - Cirurgião-dentista, Auxiliar em Saúde Bucal ou Técnico em Saúde Bucal, Técnico em Saúde Bucal.

12.5. Cada eSB recebe do Ministério da Saúde, incentivo de implantação no valor de R\$ 7.000,00 em parcela única, e incentivo mensal de custeio no valor de R\$ 2.453,00 para a eSB Mod. I e R\$ 3.278,00 para a eSB Mod. II, que consta regulamentado na Seção I, do Capítulo I, do Título II, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 06, de 28 de setembro de 2017. Atualmente, o financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) é calculado com base em 04 componentes: Capitação ponderada; Pagamento por desempenho; Incentivo financeiro com base em critério populacional e Incentivos para ações estratégicas. Cada um desses componentes foi pensado para ampliar o acesso das pessoas aos serviços da APS e promover o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas assistidas.

12.6. Assim, considerando a sanção do Projeto de Lei nº 8131, que inclui a Saúde Bucal na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que estabelece a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; e a Política Nacional de Atenção Básica que tem como um dos seus fundamentos e diretrizes o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, encaminhamos minuta de Portaria por meio do Ofício nº 115/2023/CGSB/DESCO/SAPS/MS (0033290208), a fim de instituir incentivo adicional de custeio para os indicadores do pagamento por desempenho para as equipes de Saúde Bucal (eSB) 40 horas vinculadas às equipes de Saúde Família, no âmbito do SUS.

12.7. Desse modo, estão sendo propostos um conjunto de doze indicadores de desempenho, divididos em dois grupos: indicadores estratégicos e ampliados. Isto posto, preliminarmente, os indicadores propostos são:

TIPOLOGIA DE INDICADORES	INDICADORES DO PAG
ESTRATÉGICOS	COBERTURA DE PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMADA
	RAZÃO ENTRE TRATAMENTOS CONCLUÍDOS E PRIMEIRAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS PROGRAMADAS
	PROPORÇÃO DE PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS E CURATIVOS EM RELAÇÃO AO TOTAL DE EXODONTIAS REALIZADAS
	PROPORÇÃO DE GESTANTES COM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO REALIZADO PELA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
	PROPORÇÃO DE PESSOAS BENEFICIADAS EM AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA EM RELAÇÃO AO TOTAL DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
	PROPORÇÃO DE CRIANÇAS BENEFICIÁRIAS DO BOLSA FAMÍLIA COM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO
	PROPORÇÃO DE ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS PELA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL EM RELAÇÃO AO TOTAL DE ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS
AMPLIADOS	PROPORÇÃO DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS INDIVIDUAIS PREVENTIVOS EM RELAÇÃO AO TOTAL DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS
	PROPORÇÃO DE TRATAMENTOS RESTAURADORES ATRAUMÁTICOS (ART) EM RELAÇÃO AO TOTAL DE TRATAMENTOS RESTAURADORES
	PROPORÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES PELA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL EM RELAÇÃO AO TOTAL DE ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS
	PROPORÇÃO DE AGENDAMENTOS PELA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL EM ATÉ 72 HORAS
	SATISFAÇÃO DA PESSOA ATENDIDA PELA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

12.8. Importante destacar que os indicadores listados acima não se apresentam como definitivos para a avaliação de desempenho. Há que se considerar que estão sendo realizadas simulações do desempenho desses indicadores, há um grupo de trabalho constituído para o estudo dos melhores indicadores que irão aferir a mudança necessária do modelo de atenção hoje dispensado à população, e aguardam-se os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SBBRASIL 2020, que auxiliará nas ações estratégicas desta Coordenação. Desta forma, sugere-se que o objetivo principal da portaria seja instituir o pagamento por desempenho para as eSB com valores de até 100% do repasse atual das equipes, e que os indicadores de desempenho listados não constem da minuta de portaria, uma vez que os mesmos ainda estão em estudo e podem sofrer alteração. Assim, A Coordenação Geral de saúde Bucal (CGSB) sugere a inserção do seguinte artigo: Art. Os indicadores, o método de cálculo, os parâmetros, as metas, a forma de repasse e o valor do pagamento por desempenho referente às eSB 40 horas serão definidos em ato específico do Ministério da Saúde após pactuação tripartite. Sugerimos ainda, que a referida minuta de portaria, por se tratar de instituição de pagamento por desempenho para as equipes de Saúde Bucal 40 horas, altere a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, uma vez que o financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para as Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal já consta nesta Portaria, na Seção I, do Título II, convergindo com os modelos de avaliação por desempenho das ESF e Equipe Multiprofissionais já existentes.

12.9. Todas as eSB Mod. I e II 40 horas vinculadas às equipes de Saúde da Família (eSF) que estiverem credenciadas, homologadas e pagas pelo Ministério da Saúde serão avaliadas para o desempenho. Considerando a parcela financeira abril de 2023, foram pagas 25.538 eSB Mod. I e 1.945 Mod. II. Essas eSB receberão inicialmente incentivo de implantação no valor de R\$ 900,00 (novecentos reais) mensais no 1º quadrimestre e 2º quadrimestre até que as mesmas possam ser avaliadas pelo desempenho do conjunto dos 12 indicadores com o percentual mínimo atingido.

12.10. Os indicadores serão avaliados individualmente e ao alcançar o percentual mínimo de 85% das metas definidas para cada um dos indicadores estratégicos e ampliados o município receberá os seguintes valores mensais por indicador, conforme elucidado em tabela abaixo.

MODALIDADE DE EQUIPE CONTEMPLADA PARA PAGAMENTO POR DESEMPENHO	TIPOLOGIA DE INDICADORES	NÚMERO DE INDICADORES PREVISTOS	VALOR DE DESEMPENHO PELO ALCANCE INDIVIDUAL DE CADA INDICADOR POR MODALIDADE DE EQUIPE	VALOR DE DESEMPENHO PELO ALCANCE DO CONJUNTO DE INDICADORES POR MODALIDADE DE EQUIPE
eSB Modalidade I	ESTRATÉGICOS	07 INDICADORES	R\$ 174,00	R\$ 1.218,00
	AMPLIADOS	05 INDICADORES	R\$ 246,20	R\$ 1.231,00
eSB Modalidade II	ESTRATÉGICOS	07 INDICADORES	R\$ 233,00	R\$ 1.631,00
	AMPLIADOS	05 INDICADORES	R\$ 327,20	R\$ 1.636,00

12.11. A apuração dos indicadores será realizada quadrimestralmente (janeiro-abril, maio-agosto, setembro-dezembro) e os resultados serão disponibilizados no quadrimestre subsequente no endereço eletrônico do Ministério da Saúde. Ao final da avaliação do ciclo anual será devida, aos profissionais das eSB definidas no inciso I, incentivo adicional de desempenho no alcance da média individual dos indicadores dos três quadrimestres, no valor de R\$ 2.449,00 (dois mil, quatrocentos e quarenta e nove reais) para eSB modalidade I e R\$ 3.267,00 (três mil, duzentos e setenta e sete reais) para eSB modalidade II, em parcela única no quadrimestre subsequente. Sugere-se que para fins de cálculo do primeiro ano seja considerada a média dos dois últimos quadrimestres.

12.12. Conforme identificado no exercício de análise de vantagens e desvantagens, pretende-se agregar o pagamento por desempenho às equipes de Saúde Bucal na melhoria do Acesso e da Qualidade da assistência odontológica no SUS. Também foi identificado na análise multicritérios que se pretende aproveitar a estratégia de sistematização e divulgação de boas práticas no futuro. Nesse formato, o Ministério da Saúde pretende editar Portaria de repasse de recursos atrelado aos critérios mencionados no pagamento por desempenho às equipes de Saúde Bucal no SUS, fomentando os entes federados a ampliarem e realizarem as ações. Os critérios usados para contemplar o recurso da portaria foram baseados em:

- valor alcançado pelo município do indicador de desempenho igual ou superior a 85% da meta estipulada;
- indicadores que contemplem ações e procedimentos elencados como estratégicos, de baixa complexidade e alta resolutividade;
- indicadores que contemplem ações e procedimentos elencados como ampliados, de média complexidade e alta resolutividade;
- satisfação da pessoa assistida neste nível de atenção pela oferta da equipe de Saúde Bucal em análise.

12.13. A partir desses recortes estabelecidos, a portaria beneficiará os municípios que possuem equipes de Saúde Bucal, de ambas as modalidades (I e II) no terceiro quadrimestre de 2023 em diante.

12.14. Além do repasse financeiro federal e produção e disseminação de materiais educativos, haverá apoio na implementação das ações propostas nos indicadores, em parceria com os entes federativos e instituições de Ensino Superior com expertise nas ações propostas. Essas parcerias auxiliarão em identificar barreiras e facilitadores encontrados por municípios quanto à implementação do atendimento odontológico à nível de APS. O monitoramento das ações seguirá com o acompanhamento dos indicadores, em que se espera uma melhora significativa após a implementação das ações acima destacadas. O monitoramento será quadrimestral, realizado pela Coordenação-Geral de Saúde Bucal, e disponibilizado em endereço eletrônico do Ministério da Saúde em ambiente da Atenção Primária à Saúde.

13. CONCLUSÃO

13.1. 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.

13.2. Ante o exposto, verifica-se que os objetivos almejados para resolução do problema regulatório identificado podem ser alcançados por meio da instituição e implementação de incentivo financeiro federal de pagamento por desempenho da Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde. Dessa forma, uma das medidas iniciais e necessárias é a normatização da iniciativa citada mediante a publicação de ato normativo, definidos os objetivos, as estratégias e práticas envolvidas, o monitoramento, e a avaliação e o custeio no âmbito do ato proposto.

13.3. Por fim, os recursos orçamentários previstos para o pagamento por desempenho das eSB correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, e irão onerar a Funcional Programática 10.301.5019.219A - Piso de Atenção Primária em Saúde, no seguinte plano orçamentário PO – 000A – Incentivo para Ações Estratégicas.

14. REFERÊNCIAS

- 14.1. ADA, 2019. ADA - American Dental Association. Oral Health Conditions During Pregnancy. Oral Health Topics, 2019.
- 14.2. Alshamsan R, Lee JT, Majeed A, Netuveli G, Millett C. Effect of a UK pay-for-performance program on ethnic disparities in diabetes outcomes: interrupted time series analysis. *Ann Fam Med* 2012; 10(3):228-234.
- 14.3. An LC, Bluhm JH, Foldes SS, Aleksi NL, Klatt CM, Center BA, Nersesian WS, Larson ME, Ahluwalia JS, Manley MW. A randomized trial of a pay-for-performance program targeting clinician referral to a state tobacco quitline. *Arch Intern Med* 2008; 168(18):1993-1999.
- 14.4. Barreto, J. O. M.. (2015). Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), 1497–1514. doi.org/10.1590/1413-81232015205.01652014.
- 14.5. Basinga P, Gertler PJ, Binagwaho A, Soucat AL, Sturdy J, Vermeersch CM. Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation. *Lancet* 2011; 377(9775):1421-1428.
- 14.6. Beaulieu ND, Horrigan DR. Putting smart money to work for quality improvement. *Health Serv Res* 2005; 40(5 Pt 1):1318-1334.
- 14.7. Biai S, Rodrigues A, Gomes M, Ribeiro I, Sodemann M, Alves F, Aaby P. Reduced in-hospital mortality after improved management of children under 5 years admitted to hospital with malaria: randomised trial. *BMJ* 2007; 335(7625):862.
- 14.8. BRASIL. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Departamento de Promoção da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde: 265 p. 2019.
- 14.9. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Saúde Bucal, 2004.
- 14.10. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.979, de 12 de dezembro de 2019.
- 14.11. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 3.222, de 10 de dezembro de 2019.
- 14.12. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade. Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde; 2012.
- 14.13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 116 p. : il. ISBN 978-85-334-1987-2.

- 14.14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde: tratamento em gestantes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- 14.15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes Metodológicas: elaboração de pareceres técnico-científicos. 3a ed. revisada e atualizada. Brasília: MS; 2011.
- 14.16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes Metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados. Brasília: MS; 2012.
- 14.17. BRASIL. Presidência da República. Decreto n° 10.411, de 30 de junho de 2020. 16. BRASIL. Portaria GM/MS n° 715, de 4 de abril de 2022. 17. BRASIL. Sistema de Informação de Saúde da Atenção Básica.
- 14.18. Canavan A, Toonen J, Elovainio R. Performance Based Financing: An international review of the literature. KIT Development Policy & Practice; 2008.
- 14.19. Cecilio LCO, Andrezza R, Carapineiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG, Meneses CS, Pinto NRS, Reis DO, Santiago S, Souza ALM, Spedo SM. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? Cien Saude Colet 2012; 17(11): [2893-2902](#).
- 14.20. Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. Int J Qual Health Care 2000; 12(2):133-142.
- 14.21. Chan L, Hart LG, Ricketts TC 3rd, Beaver SK. An analysis of Medicare's Incentive Payment program for physicians in health professional shortage areas. J Rural Health 2004; 20(2):109-117.
- 14.22. Chung S, Palaniappan L, Wong E, Rubin H, Luft H. Does the frequency of pay-for-performance payment matter? Experience from a randomized trial. Health Serv Res 2010; 45(2):553-564.
- 14.23. de Bruin SR, Baan CA, Struijs JN. Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature. BMC Health Serv Res 2011; 11:272.
- 14.24. Doran T, Campbell S, Fullwood C, Kontopantelis E, Roland M. Performance of small general practices under the UK's Quality and Outcomes Framework. Br J Gen Pract 2010; 60(578):e335-344.
- 14.25. Eldridge C, Palmer N. Performance-based payment: some reflections on the discourse, evidence and unanswered questions. Health Policy Plan 2009; 24(3):160-166.
- 14.26. Emmert M, Eijkenaar F, Kemter H, Esslinger AS, Schöffski O. Economic evaluation of pay-for-performance in health care: a systematic review. Eur J Health Econ 2012; 13(6):755-767.
- 14.27. Fleetcroft R, Parekh-Burke S, Howe A, Cookson R, Swift L, Steel N. The UK pay-for-performance programme in primary care: estimation of population mortality reduction. Br J Gen Pract 2010; 60(578): e345-e352.
- 14.28. Fiorentini G, Iezzi E, Lippi Bruni M, Ugolini C. Incentives in primary care and their impact on potentially avoidable hospital admissions. Eur J Health Econ 2011; 12(4):297-309.
- 14.29. Forsberg E, Axelsson R, Arnetz B. Effects of performance-based reimbursement on the professional autonomy and power of physicians and the quality of care. Int J Health Plann Manage 2001; 16(4):297-310.
- 14.30. Forsberg E, Axelsson R, Arnetz B. Financial incentives in health care. The impact of performance-based reimbursement. Health Policy 2001; 58(3):243-262.
- 14.31. Gavagan TF, Du H, Saver BG, Adams GJ, Graham DM, McCray R, Goodrick GK. Effect of Financial Incentives on Improvement in Medical Quality Indicators for Primary Care. J Am Board Fam Med 2010; 23(5):622-631.
- 14.32. Gillam JS, Siriwardena AN, Steel N. Pay-for-Performance in the United Kingdom: Impact of the Quality and Outcomes Framework-A Systematic Review. Ann Fam Med 2012; 10(5):461-468.
- 14.33. Giuffrida A, Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sergison M, Leese B, Pedersen L, Sutton M. Target payments in primary care: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000; (3):CD000531.
- 14.34. Guyatt G, Rennie D, Meade OM, Cook DJ. Diretrizes para Utilização da Literatura Médica: Fundamentos para a prática clínica da medicina baseada em evidências. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- 14.35. Hamilton FL, Bottle A, Vamos EP, Curcin V, Anthea Molokhia M, Majeed A, Millett C. Impact of a pay-for-performance incentive scheme on age, sex, and socioeconomic disparities in diabetes management in UK primary care. J Ambul Care Manage 2010; 33(4):336-349.
- 14.36. Hasan R, Vermeersch C, Rothenbuhler E. Learning from implementation for results-based Financing programs in health: conceptual framework and methods. The World Bank; 2012.
- 14.37. Hillman AL, Ripley K, Goldfarb N, Nuamah I, Weiner J, Lusk E. Physician financial incentives and feedback: failure to increase cancer screening in Medicaid managed care. Am J Public Health 1998; 88(11):1699-1701.
- 14.38. Hong YC, Linn GC. Financial incentives and use of Cesarean delivery: Taiwan birth data 2003 to 2007. Am J Manag Care 2012; 18(1):e35-41.
- 14.39. Huntington D, Zaky HH, Shawky S, Fattah FA, El-Hadary E. Impact of a service provider incentive payment scheme on quality of reproductive and child-health services in Egypt. J Health Popul Nutr 2010; 28(3):273-280.
- 14.40. Kouides RW, Bennett NM, Lewis B, Cappuccio JD, Barker WH, LaForce FM. Performance-based physician reimbursement and influenza immunization rates in the elderly. The Primary-Care Physicians of Monroe County. Am J Prev Med 1998; 14(2):89-95.
- 14.41. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Health Res Policy Syst 2009; 7(Suppl. 1):11.
- 14.42. LEAL et al., 2015. Effectiveness of an oral health program for mothers and their infants. Int J Paediatr Dent. 2015 Jan;25(1):29-34. doi: 10.1111/ipd.12094. Epub 2014 Jan 7. PMID: 24393627.
- 14.43. Lee JT, Netuveli G, Majeed A, Millett C. The effects of pay for performance on disparities in stroke, hypertension, and coronary heart disease management: interrupted time series study. PLoS One 2011; 6(12):e27236.
- 14.44. Lee JY, Lee SI, Jo MW. Lessons from healthcare providers attitudes toward pay-for-performance: what should purchasers consider in designing and implementing a successful program? Prev Med Public Health 2012; 45(3):137-147.
- 14.45. Lester H, Schmittidj J, Selby J, Fireman B, Campbell S, Lee J, Whippy A, Madvig P. The impact of removing financial incentives from clinical quality indicators: longitudinal analysis of four Kaiser Permanente indicators. BMJ 2010; 340:c1898.
- 14.46. MANRIQUE-CORREDOR, EJ et al. Maternal periodontitis and preterm birth: Systematic review and meta-analysis. Community Dent Oral Epidemiol 2019 47:3, p.243-251, Jun 2019.
- 14.47. Mannion R, Davies HTO. Payment for performance in health care. BMJ 2008; 336(7639):306-308.
- 14.48. Meterko M, Young GJ, White B, Bokhour BG, Burgess JF Junior, Berlowitz D, Guldin MR, Nealon Seibert M. Provider attitudes toward pay-for-performance programs: development and validation of a measurement instrument. Health Serv Res 2006; 41(5):1959-1978.

- 14.49. Millett C, Bottle A, Ng A, Curcin V, Molokhia M, Saxena S, Majeed A. Pay for performance and the quality of diabetes management in individuals with and without co-morbid medical conditions. *J R Soc Med* 2009; 102(9):369-377.
- 14.50. Miller G, Luo R, Zhang L, Sylvia S, Shi Y, Foo P, Zhao Q, Martorell R, Medina A, Rozelle S. Effectiveness of provider incentives for anaemia reduction in rural China: a cluster randomised trial. *BMJ* 2012; 345:e4809.
- 14.51. Oxman AD, Fretheim A. Can paying for results help to achieve the Millennium Development Goals? Overview of the effectiveness of results-based financing. *J Evid Based Med* 2009; 2(2):70-83.
- 14.52. PAPAPANOU, PN et al. Systemic effects of periodontitis: lessons learned from research on atherosclerotic vascular disease and adverse pregnancy outcomes. *Int Dent J*. 2015 Dec;65(6):283-91. doi: 10.1111/idj.12185. Epub 2015 Sep 20. PMID: 26388299; PMCID: PMC4713295.
- 14.53. Pearson SD, Schneider EC, Kleinman KP, Coltin KL, Singer A. The impact of pay-for-performance on health care quality in Massachusetts, 2001-2003. *Health Aff (Millwood)* 2008; 27(4):1167-1176.
- 14.54. Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Ann Intern Med* 2006; 145(4):265-272.
- 14.55. PITTS N et al. Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration. *Int J Paediatr Dent*. 2019;29:384-386.
- 14.56. Portela GZ, Robeiro JM. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. *Cien Saude Colet* 2011; 16(3):1719-1732.
- 14.57. RIGGS, E. et al. Interventions with pregnant women, new mothers and other primary caregivers for preventing early childhood caries. *Cochrane Database Syst Rev*, v. 2019, n. 11, Nov 2019.
- 14.58. Ryan AM, Blustein J. The effect of the Mass Health hospital pay-for-performance program on quality. *Health Serv Res* 2011; 46(3):712-728.
- 14.59. Sanada H, Nakagami G, Mizokami Y, Minami Y, Yamamoto A, Oe M, Kaitani T, Iizaka S. Evaluating the effect of the new incentive system for high-risk pressure ulcer patients on wound healing and cost-effectiveness: a cohort study. *Int J Nurs Stud* 2010; 47(3):279-286.
- 14.60. Savedoff WD. Economics of Results-Based Financing in Health. The World Bank; 2010.
- 14.61. Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, Young D. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; (9):CD008451.
- 14.62. Steel N, Maisey S, Clark A, Fleetcroft R, Howe A. Quality of clinical primary care and targeted incentive payments: an observational study. *Br J Gen Pract* 2007; 57(539):449-454.
- 14.63. Stone EG, Morton SC, Hulscher ME, Maglione MA, Roth EA, Grimshaw JM, Mittman BS, Rubenstein LV, Rubenstein LZ, Shekelle PG. Interventions that increase use of adult immunization and cancer screening services: a meta-analysis. *Ann Intern Med* 2002; 136(9):641-651.
- 14.64. Sturm H, Austvoll-Dahlgren A, Aaserud M, Oxman AD, Ramsay C, Vernby A, Kösters JP. Pharmaceutical policies: effects of financial incentives for prescribers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; (3):CD006731.
- 14.65. Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Serv Res* 2010; 10:247.
- 14.66. XIAO et al. Prenatal Oral Health Care and Early Childhood Caries Prevention: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Caries Res*. 2019;53(4):411-421. doi: 10.1159/000495187. Epub 2019 Jan 10. PMID: 30630167; PMCID: PMC6554051.
- 14.67. Whang PG, Lim MR, Sasso RC, Skelton A, Brown ZB, Greg AD, Albert TJ, Hilibrand AS, Vaccaro AR. Financial incentives for lumbar surgery: a critical analysis of physician reimbursement for decompression and fusion procedures. *J Spinal Disord Tech* 2008; 21(6):381-386.
- 14.68. Witter S, Fretheim A, Kessy FL, Lindahl AK. Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; 2:CD007899.



Documento assinado eletronicamente por **Doralice Severo da Cruz, Coordenador(a)-Geral de Saúde Bucal**, em 16/05/2023, às 13:49, 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 Luiza Ferreira Rodrigues Caldas, Diretor(a) do Departamento de Saúde da Família e Comunidade**, em 17/05/2023, às 12:33, 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 **0033581651** e o código CRC **2BFB5AE8**.