



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 63/2024-CGSB/DESCO/SAPS/MS

1. ASSUNTO

1.1. Trata-se de Nota Técnica com justificativas para subsidiar a publicação da Portaria que institui a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB).

2. ANÁLISE DE IMPACTO REGULATÓRIO PROPOSTA DE INSTITUIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

2.1. Trata-se de Análise de Impacto Regulatório (AIR) produzida previamente ao Programa Mais Saúde Bucal no SUS, elaborada no âmbito do Ministério da Saúde, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), do Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária (Descos), da Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB).

SUMÁRIO EXECUTIVO

1. A fim de contemplar os requisitos propostos para a melhoria da qualidade regulatória, em atenção à Lei nº 13.874, de 20 de setembro de 2019, a qual incorporou a obrigatoriedade de AIR no fluxo do processo de produção de normas regulatórias na Administração Pública Federal, e ao Decreto nº 10.411 de 30 de junho de 2020, que regulamentou normativas referentes à AIR, adotou-se as etapas preconizadas pelos seguintes dispositivos: Diretrizes Gerais e Guia Orientativo para Elaboração de Análise de Impacto Regulatório da Casa Civil (Brasil, 2018), Manual de Orientações para a execução da Análise de Impacto Regulatório do Ministério da Saúde (Brasil, 2022), Nota Informativa Nº 4/2022-CGPN/DGIP/SE/MS, Nota Informativa Nº5/2022-CGPN/DGIP/SE/MS, Nota Informativa Nº 7/2022-CGPN/DGIP/SE/MS, Nota Informativa Nº 8/2022-CGPN/DGIP/SE/MS e a Portaria GM/MS Nº 2.500, de 28 de setembro de 2017.

2. A política de Saúde Bucal em desenvolvimento pelo Ministério da Saúde após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pelos constituintes de 1988 foi objeto de uma profunda mudança em 2004, quando um conjunto de diretrizes lhe deram um novo rumo e possibilitaram aportar mais recursos, em um contexto histórico em que estava consolidado o processo de municipalização da saúde. Esse conjunto de diretrizes, homologado pelo Conselho Nacional de Saúde, ganhou a denominação de “Brasil Sorridente” e, em 2024, completa 20 anos. Política pública extremamente bem-sucedida em todo o país, o Brasil Sorridente teve o reconhecimento do seu êxito com a instituição, em 2023, da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no âmbito do SUS, por meio da Lei nº 14.572/23, sancionada pelo presidente da República em 8 de maio e que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. A norma legal de 2023, conhecida como “Lei da Saúde Bucal no SUS” fixa 10 diretrizes para a implementação da PNSB. Dentre elas, destacam-se duas: 1 - possibilitar o acesso universal, equânime e contínuo a serviços de saúde bucal de qualidade, dando resolução para toda demanda manifesta, espontânea ou programada, e viabilizar a obtenção e alocação dos recursos destinados à eliminação da demanda reprimida na área; 2 - desenvolver ações considerando o princípio da integralidade em saúde, o qual deve compreender tanto as ações do âmbito intersetorial quanto às dimensões do indivíduo, do sistema de saúde e do cuidado em saúde, garantindo-se o acolhimento e a organização do serviço de saúde de forma usuário-centrado, realizados por equipe multiprofissional nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar. Em um estudo de monitoramento, Santos et al. (2022), analisaram a implementação da Política de Saúde Bucal no Brasil no período 2018-2021, abordando as potencialidades dessa política pública no Brasil, desde ações institucionais até o financiamento federal, a partir de análise documental e de dados secundários. Os autores identificaram a redução dos valores entre 2020-2021, com agravamento desde 2018 da cobertura da primeira consulta odontológica e ação coletiva de escovação dental supervisionada, que chegou a 1,8% e 0,02% em 2021, respectivamente (Santos et al., 2022).

3. Sendo assim, espera-se que por meio dessa AIR, sejam identificados dados e informações, pautadas em evidências de acordo com o problema identificado. Além disso, determinar os custos, benefícios, riscos e as consequências por meio da implementação do Programa Mais Saúde Bucal no SUS. Assim sendo, serão relatadas e discutidas as principais análises realizadas, ao mesmo tempo em que o programa é desenvolvido.

4. O problema regulatório norteador foi a “Dificuldade da gestão do Sistema Único de Saúde na oferta e implementação da Política Nacional de Saúde Bucal a fim de promover um cuidado integral e equânime para a população”. Posto isto, foram identificadas as causas e consequências associadas.

5. Ademais, com intuito de fornecer possibilidades para o enfrentamento da situação-problema, elaborou-se o objetivo geral: “Fortalecer a gestão do SUS na oferta e implementação da PNSB a fim de promover um cuidado integral e equânime para a população.” Tanto os objetivos específicos quanto os resultados esperados foram elencados dentro dessa proposta.

6. A fim de sumarizar o contexto, foram propostas as seguintes estratégias como alternativas de resposta à situação problema:

6.1. Publicação de Portaria sobre o Programa Mais Saúde Bucal no SUS e e estabelecer a Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS e formação e educação em SB, o qual foi apontado como a melhor alternativa em relação à pontuação final na contagem dos atributos. (alternativa regulatória normativa);

6.2. Atualização das normas vinculadas à SB com foco em revisão do financiamento, responsabilidades, linha de cuidado e serviços + soluções não normativas;

6.3. Manutenção da Situação Atual (não ação), ou seja, a ausência de intervenção pelo ente federativo federal nas necessidades de integralidade, resolutividade e acessibilidade do cuidado no SUS.

7. Mais adiante, foram indicadas possíveis consequências das ações, expondo os benefícios e malefícios para a saúde bucal do usuário do SUS. Ainda assim, foi realizada uma análise crítica e comparativa das possibilidades, no intuito de apontar as vantagens e desvantagens de cada alternativa.

8. Enquanto método selecionado para realizar a análise, foi aferida a razoabilidade do impacto econômico do Programa Mais Saúde Bucal no SUS, de que trata o art. 5º da Lei nº 13.874, de 2019, justificou-se no inciso I do art. 7º do Decreto 10.411/2020, no qual foi adotada a Análise Multicritério com método Processo Analítico Hierárquico/Analytic Hierarchy Process (PAH/AHP). Em suma, difundida e utilizada globalmente, a metodologia selecionada se aplica ao contexto de soluções de problemas de estruturas complexas, por meio de análise comparativa entre fatores de julgamentos e pesos de especialistas (Pimenta et al., 2019).

9. No fim, a conclusão da AIR foi de optar pela alternativa 1: “O resultado final apontou para a alternativa 1, tal qual “Publicação de Portaria sobre o Programa Mais Saúde Bucal no SUS” e estabelece a Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS e formação e educação em SB, o qual foi apontado como a melhor alternativa em relação à pontuação final na contagem dos atributos.

10. Nesta AIR ainda são expostos os riscos para cada alternativa, ao mesmo tempo em que é apresentado um plano para contrapor em caso de ocorrência. Nos próximos componentes dessa AIR, vão ser desenvolvidos os elementos sobre as alternativas frente ao Programa Mais Saúde Bucal no SUS.

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA REGULATÓRIO

11. Em suma, o problema regulatório encontrado foi a “Dificuldade da gestão do SUS na oferta e implementação da Política Nacional de Saúde Bucal a fim de promover um cuidado integral e equânime para a população”.

12. 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).

13. O Brasil Sorridente foi instituído e articulado a outras políticas de saúde e demais

políticas públicas, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS. Apresenta como principais linhas de ação a reorganização da Atenção Básica (especialmente por meio das equipes de Saúde Bucal – eSB – da Estratégia Saúde da Família), da Atenção Especializada ambulatorial (por meio da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias), e a adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.

14. A Política Nacional de Saúde Bucal é, portanto, a política de saúde bucal do SUS, com progressivas articulações transversais em ações dentro do Ministério da Saúde junto a outros ministérios. Essas ações buscam o enfrentamento das iniquidades e geram acesso para populações em situação de vulnerabilidade, como Rede Cegonha, Plano Brasil sem Miséria, Programa Saúde na Escola, Programa Viver sem Limite (para pessoas com deficiência), Unidades de Pronto Atendimento 24 horas e ações dirigidas para população indígena, população negra e quilombolas, assentamentos e população rural, população ribeirinha, população idosa, população encarcerada e população em situação de rua (MOYSES, 2013), mostrando a inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde e demais políticas públicas.

15. Por meio da Lei nº 14.572/23, sancionada pelo presidente da República em 8 de maio e que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a saúde bucal foi incluída no campo de atuação do SUS. A norma legal de 2023, conhecida como “Lei da Saúde Bucal no SUS” fixa 10 diretrizes para a implementação da PNSB. Dentre elas, destacam-se duas: 1 - possibilitar o acesso universal, equânime e contínuo a serviços de saúde bucal de qualidade, dando resolução para toda demanda manifesta, espontânea ou programada, e viabilizar a obtenção e alocação dos recursos destinados à eliminação da demanda reprimida na área; 2 - desenvolver ações considerando o princípio da integralidade em saúde, o qual deve compreender tanto as ações do âmbito intersetorial quanto às dimensões do indivíduo, do sistema de saúde e do cuidado em saúde, garantindo-se o acolhimento e a organização do serviço de saúde de forma usuário-centrado, realizados por equipe multiprofissional nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar.

16. Assim o Brasil Sorridente, além da expansão e da criação dos serviços odontológicos, reorientou completamente o modelo assistencial. Iniciou a implantação de uma rede assistencial de saúde bucal, que articula não apenas os três níveis de atenção, mas principalmente as ações multidisciplinares, multiprofissionais e intersetoriais. Este parece ser um dos grandes desafios da Odontologia, constituir-se como uma área da integralidade, conformando uma rede de atenção à saúde que supere as especificidades odontobiológicas. Impactos epidemiológicos são produtos de ações intersetoriais, em que a prática odontológica é parte integrante e constituinte de um todo que agrega ações setoriais, educacionais, ambientais, sociais, entre outras.

17. Cabe destacar a invisibilidade da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) nas prioridades do Ministério da Saúde, apesar do desenho da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) apontar para a legitimação dessa rede. Atualmente, existem 32.712 equipes de saúde bucal, 1.197 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), sendo 648 destes aderidos à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (RcPD) (Viver Sem Limites), 16 Serviços de Especialidades em Saúde Bucal (Sesb) e 4.025 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), que possibilitam acesso à saúde bucal para milhares de brasileiros.

18. Para a operacionalização do SUS são necessárias formas de organização que articulem os serviços existentes, considerando os princípios da regionalização e da hierarquização, de modo que o processo de descentralização não sobrecarregue os municípios. Para superar a fragmentação das ações e dos serviços de saúde, ainda persistente mesmo após representativos avanços alcançados pelo SUS, a proposta discutida atualmente diz respeito à estruturação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2010)

19. As RAS estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica, por meio de um ciclo completo de atendimento (PORTER; TEISBERG, 2007), o que implica a continuidade da atenção à saúde (Atenção Primária/Básica, atenção especializada ambulatorial e hospitalar à saúde) e a integralidade da atenção à saúde (ações de promoção da saúde, de prevenção das condições de saúde e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e palição) (MENDES, 2011). As Redes de Atenção à Saúde constituem-se de três elementos básicos: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde (MENDES, 2011).

20. Na concepção da RAS, cabe à Atenção Básica/ESF a responsabilidade de articular-se intimamente com a população. Desse modo, não é possível falar de uma função coordenadora das RAS ou de gestão de base populacional se não houver, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população adstrita, estratificada em subpopulações e organizada em grupos familiares que habilitam territórios de vida

(MENDES, 2011).

21. O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a gestão baseada na Fonte: (MENDES, 2009). oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a gestão baseada nas necessidades de saúde da população (e não somente da demanda que tende a favorecer populações mais abastadas em detrimento de populações vulneráveis), com uma gestão de base populacional, elemento essencial da RAS (MOYSÉS, 2013). A estrutura operacional das RAS é constituída pelos pontos da rede e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós. A estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco componentes: 1. Centro de comunicação, a Atenção Básica. 2. Pontos de atenção à saúde secundários e terciários. 3. Sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde). 4. Sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde). 5. Sistema de governança.

22. O centro de comunicação das RAS é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde e é constituído pela Atenção Básica (unidade básica de saúde tradicional ou equipe da Estratégia Saúde da Família, incluindo os profissionais da Saúde Bucal).

23. As RAS determinam a estruturação dos pontos de atenção à saúde, secundários e terciários, que são os únicos elementos temáticos das redes. Esses pontos de atenção à saúde se distribuem, espacialmente, de acordo com o processo de territorialização: os pontos de Atenção Especializada, nas microrregiões sanitárias; e os pontos de Atenção especializada hospitalar, nas macrorregiões sanitárias. Além disso, articulam-se com os níveis de atenção especializada à saúde, compondo o nível ambulatorial (“média complexidade”) e o nível hospitalar (“alta complexidade”) (MENDES, 2011)

24. Na Rede de Atenção à Saúde Bucal, definem-se como pontos de atenção na Atenção Primária à Saúde as Unidades Básicas de Saúde/ Unidades de Saúde da Família em que estão as equipes de saúde bucal e as Unidades Odontológicas Móveis. Na Atenção Especializada Ambulatorial, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), os Serviços de Especialidades em Saúde Bucal (Sesb), e os serviços de urgência (UPA) e na Atenção Hospitalar os hospitais que realizam atendimento odontológico sob anestesia geral e tratamento do câncer de boca.

25. Um terceiro componente das RAS é os sistemas de apoio. Os sistemas de apoio são os lugares institucionais das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico onde estão os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde (MENDES, 2011).

26. O quarto componente das Redes de Atenção à Saúde é os sistemas logísticos. Estas soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, garantem organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas RAS, permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio nessas redes (MENDES, 2011).

27. E o quinto componente das RAS é os sistemas de governança. A governança das RAS é diferente da gerência dos pontos de atenção à saúde, dos sistemas de apoio e dos sistemas logísticos (gerência hospitalar, gerência dos ambulatorios especializados, gerência das UBS, gerência do laboratório de patologia clínica, gerência da assistência farmacêutica, gerência do transporte em saúde etc.), já que cuida de governar as relações entre a Atenção Primária/Básica e Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos, de modo a articulá-los em função da missão, da visão e dos objetivos comuns das redes. A governança é um sistema transversal a todas as redes temáticas de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Quadro 1 – Elementos básicos da Rede de Atenção à Saúde e elementos necessários para a construção de uma Rede de Atenção à Saúde Bucal

Elementos constitutivos da Rede de Atenção à Saúde	Elementos para construção da Rede de Atenção à Saúde Bucal
--	--

População	Região de saúde/ território	Definição de regiões de saúde/territórios, com estabelecimento de serviços e ações a ofertar à população.
	População adstrita	Promoção de adstrição da clientela à UBS para que se possa interagir com a população do território, criar vínculo e conhecer as necessidades dessa população (definição de microáreas de atuação).
	Análise da situação local de saúde	Levantamento das condições de saúde bucal da população, determinação de indivíduos expostos a maiores riscos, realização de planejamento das ações e definição de grupos prioritários.
	Identificação de grupos de risco	Planejamento das ações mediante grupos prioritários, promovendo o princípio da equidade.
Estrutura operacional	Recursos humanos	Cirurgião-dentista (CD) em quantidade compatível com as diretrizes ministeriais (1 CD para cada 3 mil habitantes – no máximo 4 mil habitantes) atuando na Atenção Básica e perfazendo 40h/semana com contrato de trabalho estável. CD atuando nas especialidades mínimas exigidas para manutenção do centro de referência em Atenção Especializada. CD atuando em serviços de urgência: atenção às afecções agudas de saúde bucal na rede de urgência e emergência. CD atuando em serviços de urgência: atenção às afecções agudas de saúde bucal na rede de urgência e emergência. CD em serviços de Atenção Especializada Hospitalar, em nível hospitalar, garantindo a integralidade da atenção. Equiparação entre quantidade de CD e auxiliares.

	Atenção Básica	Atenção à saúde bucal disponível em todas as UBS, garantindo o acesso da população a este serviço. Ampliação e qualificação da AB em saúde bucal mediante a oferta de procedimentos reabilitadores.
	Pontos de Atenção Especializada Ambulatorial	Oferta de serviços odontológicos especializados na Atenção Especializada Ambulatorial nos CEO, de acordo com a necessidade da população, cumprindo os requisitos mínimos para a manutenção do centro. E, conforme o porte populacional e plano de regionalização, deverá atender às necesssidades de suas regiões de saúde.
	Pontos de Atenção Especializada Hospitalar	Unidades hospitalares próprias ou de referência que ofereçam serviços de Odontologia em alta complexidade.
	Sistemas de apoio	Oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico por meio de laboratórios próprios ou conveniados de patologia bucal, radiologia odontológica e prótese dentária, articulados à rede. Existência de apoio farmacêutico que contemple a atenção farmacêutica de acordo com a necessidade em saúde bucal.

Estrutura Operacional	Sistemas logísticos	Integração de todos os níveis de atenção por meio de sistema de regulação que oriente os fluxos determinados por protocolos ou diretrizes de orientação aos serviços e às ações em saúde bucal. Formulários de referência e contrarreferência. Utilização de prontuário clínico eletrônico como forma de otimizar a articulação entre os pontos. Utilização de prontuário clínico eletrônico como forma de otimizar a articulação entre os pontos. Disponibilização de transporte aos usuários, possibilitando acesso a todos os pontos de atenção.
	Sistemas de governança	Construção de consensos para a organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal. Existência de assuntos referentes à organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal em planos municipais de saúde e pautas na Comissão Intergestora Bipartite (CIB).
Modelo de atenção à saúde	Redes de Atenção à Saúde baseadas na AB à saúde	Ampliação de ESB da ESF, garantindo cobertura populacional acima de 50% às ações de saúde bucal. Equiparação entre o número de ESB e equipes de Saúde da Família. ESB (vinculadas ou não à ESF) fundamentadas no princípio da vigilância e da promoção da saúde. Desenvolvimento de atividade de educação permanente que vise ao aperfeiçoamento e à manutenção dos profissionais.

Fonte: Brasil, A saúde bucal no Sistema Único de Saúde 2018, página 31

28. Considerando esses aspectos, a rede pode ter organização local, distrital, municipal ou regional e ser composta por Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Centros de Apoio Diagnóstico, Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), farmácias e hospitais de referência. Esses serviços já existem e estão normatizados nas Portarias de Consolidação nº 2 e nº5, de 28 de setembro de 2017. Os incentivos financeiros para a implantação e manutenção desses serviços também já estão normatizados na Portaria de Consolidação nº6, de 28 de setembro de 2017.

29. Nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), a concepção de hierarquia é substituída pela de

poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, não há hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das Redes de Atenção à Saúde; apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que os caracterizam. (MENDES, 2011) Cabe destacar que, embora não haja ordem nem grau de importância entre os diferentes pontos da rede, a Atenção Básica (AB) tem o papel fundamental de ordenador das RAS.

30. A Rede de Atenção em Saúde deve ser organizada de modo a oferecer ao usuário a atenção integral do cuidado, desde a atenção primária em saúde às ações mais complexas.

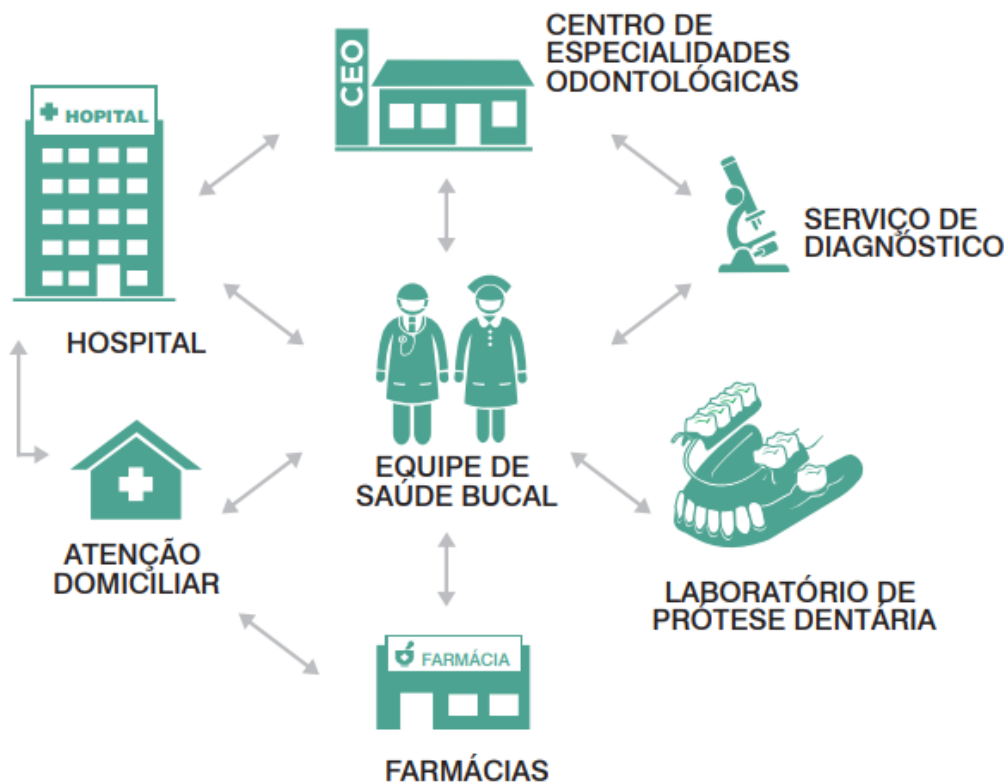
31. Assim, a porta de entrada para que o usuário acesse as ações de assistência odontológica no SUS é a Atenção Primária à Saúde (APS), através das equipes de Saúde Bucal, que estão presentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Unidades Odontológicas Móveis (UOM). Quando são necessários procedimentos mais complexos que necessitem de atendimento especializado, a equipe de Saúde Bucal encaminhará o usuário aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), aos Serviços de Especialidades em Saúde Bucal (Sesb) e, caso a necessidade não seja atendida na assistência especializada, e, caso a necessidade não seja atendida na assistência especializada, aos Hospitais.

32. Além destes serviços, a Política conta com os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), responsáveis pela etapa de confecção laboratorial de próteses dentárias, servindo como ponto de apoio para as equipes de Saúde Bucal. Estes serviços, em conjunto, conformam a Rede de Atenção à Saúde Bucal.

33. Frise-se que a atenção hospitalar trata-se de procedimentos odontológicos exercidos dentro do ambiente hospitalar sob sedação ou não, com o devido acompanhamento de uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar, sendo oferecido aos pacientes com deficiência, pacientes com necessidades especiais, portadores de câncer bucal, pacientes que apresentam problemas complexos de deformidade maxilofacial, pacientes com emergências odontológicas, assim como pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Figura 1: Rede de

Atenção à Saúde Bucal (Rasb)



34. A construção de redes temáticas de atenção à saúde é uma opção conveniente (exs.:

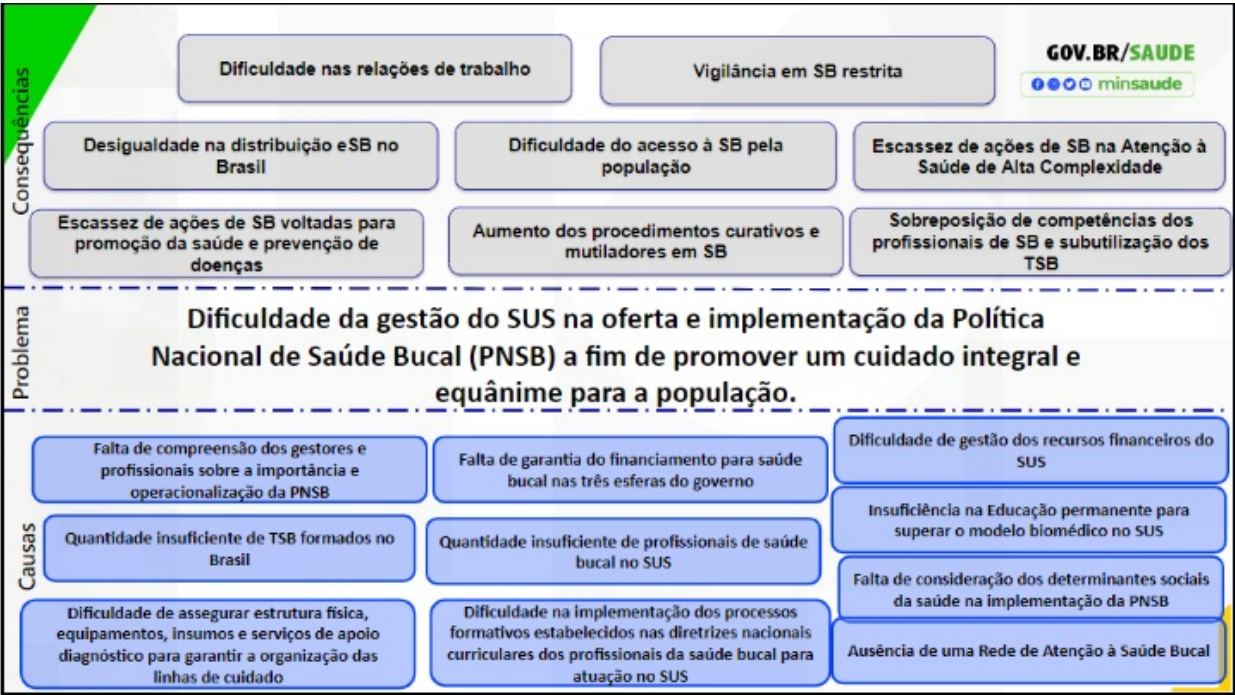
redes de atenção às mulheres e às crianças; redes de atenção a pacientes com doença cardiovascular, doença renal crônica, diabetes; redes de atenção à saúde bucal da população; entre outras). As RAS estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica ou grupos homogêneos de condições de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimento.

35. Desse modo, a fim de implementar as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e promover o fortalecimento da gestão do SUS na oferta e implementação da PNSB, propõe-se a formalização da Rede de Atenção à Saúde Bucal , visando organizar a saúde bucal na Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo a integralidade, acessibilidade, equidade e eficiência dos serviços de saúde bucal para atender às necessidades da população brasileira com qualidade, humanização e resolutividade.

DO OBJETIVO QUE SE PRETENDE ALCANÇAR COM A ALTERAÇÃO PROPOSTA

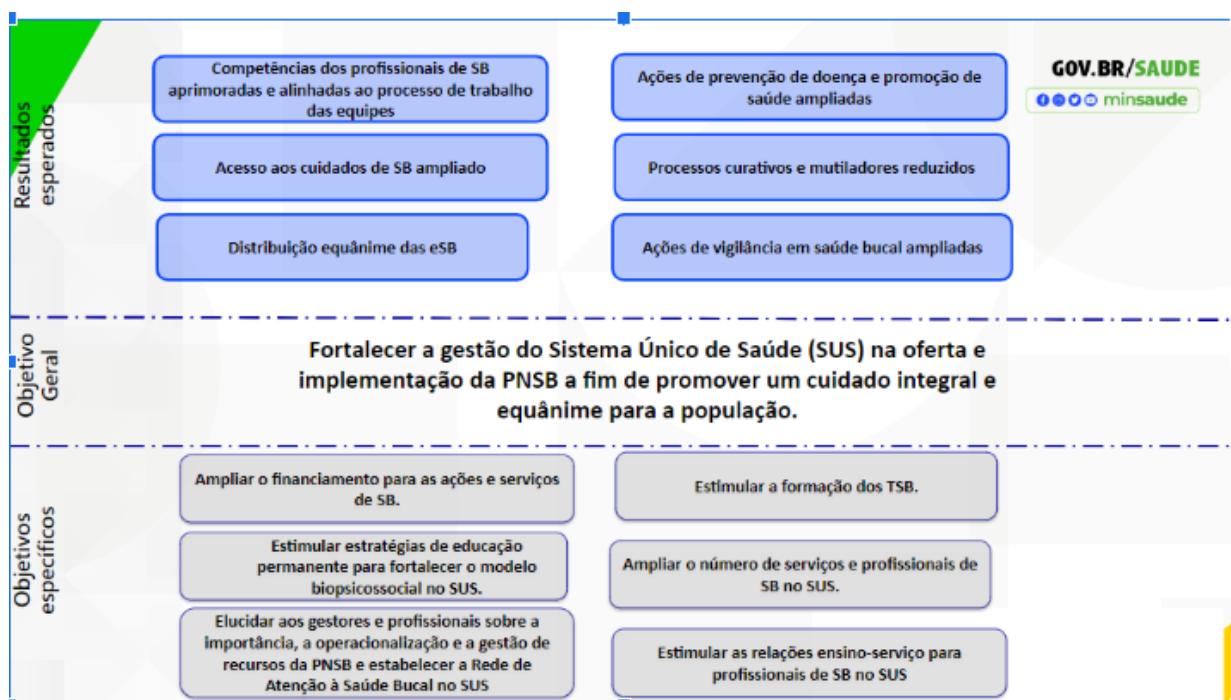
36. O objetivo fundamental desejado com a proposta de intervenção, além de outros objetivos secundários, é organizar a saúde bucal na Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo a integralidade, acessibilidade, equidade e eficiência dos serviços de saúde bucal para atender às necessidades da população brasileira com qualidade, humanização e resolutividade.

Figura 2: Causas, problemas e consequências do problema regulatório



Fonte: CGSB/Desco/Saps/MS.

Figura 3. Objetivo geral, específicos e resultados esperados do problema regulatório



Fonte: CGSB/Desco/Saps/MS.

37. Como objetivos secundários pretende-se entre outros, ampliar o acesso aos serviços de saúde bucal em todos os níveis de atenção, garantindo a integração entre os pontos de cuidado e a continuidade do atendimento, com base em protocolos e fluxos assistenciais elucidados; fomentar a articulação intersetorial e a interdisciplinaridade entre equipes multiprofissionais, assegurando a corresponsabilidade pelo cuidado e o respeito às especificidades socioculturais dos usuários; e planejar e efetivar a RASB, em cada território regional, contemplando a transformação digital, no contexto dos respectivos planos de ação do Programa SUS Digital.

IDENTIFICAÇÃO DOS ATINGIDOS PELO ATO NORMATIVO

38. No intuito de estabelecer os sujeitos envolvidos no problema regulatório, foram apontados os atores, como indivíduos, setores, entidades e organizações com seus respectivos problemas/causas relacionados:

39. **A população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) que acessa os serviços odontológicos da Atenção Primária à Saúde (APS) da Atenção Secundária e da Atenção Terciária, como a principal demandante e consumidora dos serviços em saúde, que devem ser garantidos pelo Estado.** 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.

40. **Gestores dos municípios, estados e Distrito Federal, responsáveis pela execução dos planos de saúde na atenção primária, secundária e terciária:** 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.

41. **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 promover a saúde, prevenir doenças evitáveis para alcançar o bem-estar da população. Portanto, propõe a instituição da RASB a fim de organizar a saúde bucal na Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo a integralidade, acessibilidade, equidade e eficiência dos serviços de saúde bucal para atender às necessidades da população brasileira com qualidade, humanização e resolutividade.

IDENTIFICAÇÃO DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

42. Conforme a necessidade do problema regulatório, foram identificados e selecionados os documentos que embasam de forma legal a tomada de decisão:
- 42.1. Constituição Federal - art. 196 e 200;
- 42.2. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
- 42.3. Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023 - Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS;
- 42.4. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- 42.5. Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008 - Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB;
- 42.6. Resolução CFO 63/2005 (redação alterada pela Resolução CFO 85/2009) - O Capítulo IV aborda sobre Atividades Privativas do Técnico em Saúde Bucal;
- 42.7. Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 29 de setembro de 2017;
- 42.8. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre as ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;
- 42.9. Portaria de Consolidação nº 6, 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 SUS;
- 42.10. Portaria de Consolidação SAPS/MS nº 1, de 2 de junho de 2021.

DESCRIÇÃO DAS ALTERNATIVAS POSSÍVEIS E SEUS IMPACTOS

43. A elaboração de alternativas e estratégias para tratar o problema regulatório teve início ao identificar os impasses e lacunas para implementação da Lei 14.572/23, que institui 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. Logo, as três esferas de gestão (federal, estadual e municipal) deverão garantir que as pessoas que vivem no Brasil tenham acesso à Saúde Bucal. Posto isto, os profissionais da CGSB/Desco/Saps/MS estabeleceram três alternativas elencadas a seguir:
- 43.1. Publicação da Portaria que cria o Programa Mais Saúde Bucal no SUS e estabelece a Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS;
- 43.2. Atualização das normas vinculadas à SB com foco em revisão do financiamento, responsabilidades, linha de cuidado e serviços + soluções não normativas;
- 43.3. Manutenção da situação atual (não ação): Ausência de intervenção pelo ente federativo nas necessidades de prevenção, promoção e recuperação da Saúde Bucal.

Quadro 2 - Matriz 5W2H da alternativa 1: Publicação da Portaria que cria o Programa Mais Saúde Bucal no SUS

Alternativa	Publicação da Portaria que cria o Programa Mais Saúde Bucal no SUS
O quê (What)	Norma para criação do Programa Mais Saúde Bucal no SUS; Programa de provimento de profissionais de SB; Programa de formação e educação permanente; Provimento de recursos para investimentos em escolas públicas do SUS para formação dos TSB; Portaria para instituição de programa de preceptoria/estágio no SUS; Portaria para instituição da Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS; Ações não normativas.

Por que (Why)	Necessidade de solucionar desafios atuais de forma mais concreta e com maior ação do Ministério da Saúde, independente de apenas repasse de recurso federal ao gestor local para então realizar as ações necessárias para solucionar o problema raiz; Dar destaque e valorizar a saúde bucal no SUS e seus atores.
Onde (Where)	No escopo das atribuições do Ministério da Saúde e na sua capilaridade de articulação com outros ministérios e órgãos federais.
Quem irá fazer (Who)	MS, instituições de ensino, e outros Ministérios que possam estar envolvidos nas ações de formação.
Quando será feito (When)	Ações de curto, médio e longo prazo.
Como (How)	Pactuação com CONASS, Conasems e Publicação da Portaria que cria o Programa Mais Saúde Bucal no SUS. Articulação a nível da área técnica para criar o projeto em si, articulação inter Ministério da Saúde.
Quanto custará (How much)	O investimento que será feito para a ação ultrapassa o orçamento de custeio e implantação das ações da bucal, creio que a partir das ações definidas poderá se criar um orçamento estimado.

Fonte: CGSB/Desco/Saps/MS.

Quadro 3 - Matriz 5W2H da alternativa 2: Atualização das normas vinculadas à SB com foco em revisão do financiamento, responsabilidades, linha de cuidado e serviços + soluções não normativas

Alternativa	Atualização das normas vinculadas à SB com foco em revisão do financiamento, responsabilidades, linha de cuidado e serviços + soluções não normativas
O quê (What)	Revisão de PRT vigentes; Flexibilização do acesso aos recursos; PRT para instituição da linha de cuidado; Incremento do financiamento de SB; PRT com aumento de recursos para implantação de serviços; Novas legislações que tratam da ampliação do financiamento para SB, Instituição de serviços de SB; Recomendação de cargo de coordenador de saúde bucal na diretriz da PNSB; Instituição de obrigatoriedade da eSB na equipe mínima eSF; Ações não normativa; Instituir a padronização do apoio institucional aos estados/municípios; estruturação de ações de educação permanente.
Por que (Why)	Devido a necessidade de trazer novas soluções de acordo com a realidade do cenário epidemiológico do país e aprimoramento da PNSB após quase 20 anos da publicação de suas Diretrizes em 2004; Necessidade de superar problemas persistentes/crônicos que não foram vencidos com a implementação das ações existentes/previstas em normativas.
Onde (Where)	Gestão federal.
Quem irá fazer (Who)	Gestão federal.
Quando será feito (When)	Curto, médio e longo prazo.
Como (How)	Reuniões de alinhamento, estudos, agenda concomitante à revisão da PNAB/PNSB, discussão e pactuação tripartite, discussão no com CNS, publicação de portarias; Acompanhamento e monitoramento das ações; Definição de metas e estratégias de completude, instauração de indicadores de monitoramento.

Quanto custará (How much)	A partir da decisão de quais portarias serão criadas e quais ações serão feitas, é preciso realizar um orçamento de acordo com o plano.
---------------------------	---

Fonte: CGSB/Desco/Saps/MS.

Quadro 4 - Matriz 5W2H da alternativa 3: Manutenção da situação atual (não ação): Ausência de intervenção pelo ente federativo nas necessidades de prevenção, promoção e recuperação da Saúde Bucal

Alternativa	Manutenção da situação atual (não ação): Ausência de intervenção pelo ente federativo nas necessidades de prevenção, promoção e recuperação da Saúde Bucal.
O quê (What)	Manter as ações já existentes e já executadas pela Coordenação para resolver o problema.
Por que (Why)	Entendimento de que as ações hoje existentes já resolvam, se não imediatamente, a longo prazo o problema.
Onde (Where)	Gestão Federal, Estadual e Municipal.
Quem irá fazer (Who)	Gestores Federais, estaduais e municipais e, ainda, profissionais ativos e estudantes.
Quando será feito (When)	Em andamento.
Como (How)	Mantendo as atividades rotineiras que são competências da CGSB.
Quanto custará (How much)	Sem custo adicional, apenas o valor orçamentário que já está em execução para o exercício.

Fonte: CGSB/Desco/Saps/MS.

Quadro 5 - Impactos das alternativas

Alternativa	Impactos positivos (benefícios)	Impactos negativos (custos)
Publicação da Portaria que cria o Programa Mais Saúde Bucal no SUS.	<p>Ampliação e aprimoramento da Saúde Bucal no SUS.</p> <p>Ampliação da área de atuação da PNSB, aprimoramento, alternativa viável para indução do modelo de atenção preconizado pelo Ministério da Saúde para as equipes de Bucal, entrega em relação à formação de profissionais capacitados de acordo com o cuidado que se faz necessário para as equipes de saúde bucal.</p>	<p>Custo elevado, necessidade de maior número de recursos humanos a fim de administrar todas as necessidades que um programa de provimento demandará.</p> <p>Necessidade de cautela em relação a realização para que o projeto seja autolimitante, e não tenha riscos do município se tornar dependente desta ação a longo prazo. Profissionais que sairão de seus vínculos com salários desvalorizados para entrar no vínculo através de bolsa devido ao valor desta bolsa ser mais atrativo.</p>

Atualização das normas vinculadas à SB com foco em revisão do financiamento, responsabilidades, linha de cuidado e serviços + soluções não normativas.	Modernização da Saúde Bucal no SUS. Através desta solução será possível atualizar as normativas vigentes de acordo com a realidade atual, e a criação de linhas de cuidado pode induzir os estados e municípios a organizarem sua Rede de Atenção à Saúde Bucal de forma a dar resolutividade aos problemas que pairam na realidade do país no que se trata da temática sobre Saúde Bucal.	Insuficiência na transformação da Saúde Bucal no SUS. Há chances das atualizações feitas não serem suficientes para resolver os problemas atuais em saúde bucal.
Manutenção da Situação Atual (Não ação).	Apesar das ações atuais não terem resolvido o problema raiz, são ações que atualmente respondem à PNSB e terão impacto mesmo que lento e a longo prazo na resolução do problema.	O problema atual é de suma importância, permanecer com as mesmas ações não trará resultados conforme a urgência de resolução da pauta.

Fonte: CGSB/Desco/Saps/MS.

COMPARAÇÃO DAS ALTERNATIVAS CONSIDERADAS

44. Com base na seleção das alternativas delineadas previamente, é necessário realizar uma análise comparativa entre as alternativas identificadas, a fim de escolher aquela mais apropriada para abordar a questão regulatória. Nesta análise, optou-se pela Metodologia de Análise Multicritério para avaliar as alternativas identificadas.

45. A análise multicritério compreende a comparação de alternativas, considerando seu desempenho em relação a diversos critérios relevantes. Cada critério é pontuado e ponderado com base em sua contribuição esperada para alcançar os objetivos estabelecidos.

46. Este método demanda a seleção de critérios para a classificação das alternativas, bem como a definição dos pesos relativos entre os critérios, dada a variação no impacto de cada critério sobre as alternativas.

47. A metodologia multicritério escolhida foi o Processo Analítico Hierárquico (AHP), desenvolvido por Saaty (1991), amplamente utilizado em Análises de Impacto Regulatório. Além de ser mundialmente reconhecida, destaca-se por seu modelo de avaliação simplificado, que permite análises ágeis mantendo um adequado grau de consistência.

48. Essa abordagem de cálculo fundamenta-se em comparações diretas entre as alternativas, avaliando suas pontuações de preferência para cada critério escolhido. As ponderações dos critérios são determinadas por meio de comparações de importância dois a dois. Ao final, são obtidas as pontuações de cada alternativa, considerando as preferências entre elas juntamente com as ponderações dos critérios.

49. Os critérios selecionados para aplicação do AHP nesta Análise de Impacto Regulatório foram derivados dos objetivos específicos estabelecidos.

50. Após as rodadas de comparações, em resumo, a publicação da portaria que cria o Programa Mais Saúde Bucal no SUS e estabelece a Rede de Atenção à Saúde Bucal teve maior pontuação, sendo a alternativa apontada como preferível a todos os critérios e a melhor intervenção para a situação-problema, conforme a Figura 4.

Figura 4. Resultado da análise Multicritério

Resultados da Análise Multicritério						
Pontuação – Alternativas e Critérios		Critério 1	Critério 2	Critério 3	Critério 4	Critério 5
1. Portaria que cria o Programa Mais Saúde Bucal no SUS e estabelece a Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS e formação e educação em SB		0,293	0,325	0,732	0,720	0,656
2. Atualização das normas vinculadas à SB com foco em revisão do financiamento, responsabilidades, linha de cuidado e serviços + soluções não normativas		0,652	0,618	0,216	0,225	0,285
3. Manutenção da situação atual		0,055	0,057	0,053	0,054	0,059
Peso de Cada Critério						
1- Ampliar o financiamento para as ações e serviços de SB.	2- Elucidar aos gestores e profissionais sobre a importância, a operacionalização e a gestão de recursos da PNSB e estabelecer a Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS	3- Ampliar o número de serviços e profissionais de SB no SUS.	4- Estimular a formação dos TSB.	5- Estimular estratégias de educação permanente para fortalecer o modelo biopsicossocial no SUS.	6- Estimular as relações ensino-serviço para profissionais de SB no SUS	
0,152	0,401	0,102	0,034	0,157	0,155	
		Pontuação final	Ordem de preferência			
Alternativa 1		0,484	1			
Alternativa 2		0,459	2			
Alternativa 3		0,056	3			

Fonte CGSB/Desco/Saps

IDENTIFICAÇÃO E DEFINIÇÃO DOS EFEITOS E RISCOS DECORRENTES DA ALTERNATIVA SUGERIDA

51. Com o objetivo de detectar os perigos associados a cada uma das metas específicas, foi conduzida uma avaliação conforme descrito no Quadro 6: a) publicação da Portaria que cria o Programa Mais Saúde Bucal no SUS e estabelecer a Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS; b) Atualização das normas vinculadas à SB com foco em revisão do financiamento, responsabilidades, linha de cuidado e serviços + soluções não normativas; c) Manutenção da situação atual (não ação): Ausência de intervenção pelo ente federativo nas necessidades de prevenção, promoção e recuperação da Saúde Bucal.

Quadro 6 - Análise de risco

Objetivo relacionado	Risco	Causas do risco	Efeitos/ consequências
<i>Ampliar o financiamento para as ações e serviços de SB</i>	Mudanças de prioridades na gestão do SUS (federal, estaduais e municipais)	Instabilidade política, estagnação orçamentária e priorização de recursos para outras áreas	Subfinanciamento, falta de recursos para implementação da PNSB
<i>Elucidar aos gestores e profissionais sobre a importância, a operacionalização e a gestão de recursos da PNSB e estabelecer a Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS</i>	Mudanças de prioridades na gestão do SUS (federal, estadual e municipal)	Contexto sanitário e político e dificuldade de consenso com Gestores dos diferentes entes, profissionais de saúde e diversos parceiros	Dificuldade de entendimento e implementação e falta de priorização da PNSB

<i>Elucidar aos gestores e profissionais sobre a importância, a operacionalização e a gestão de recursos da PNSB e estabelecer a Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS</i>	Insuficiência de interlocução entre os diversos atores do SUS	Baixa priorização da PNSB e dificuldade de diálogo entre os atores do SUS	Inoperância e não alcance dos objetivos da PNSB
<i>Elucidar aos gestores e profissionais sobre a importância, a operacionalização e a gestão de recursos da PNSB e estabelecer a Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS</i>	Baixo engajamento dos diversos atores do SUS	Expectativas mal alinhadas entre os parceiros, gestores e profissionais em relação ao seu papel e contribuição para implementação da PNSB	Dificuldade de priorização e implementação da PNSB
<i>Ampliar o número de serviços e profissionais de SB no SUS</i>	Limitação na disponibilidade de recursos necessários	Falta de priorização de recursos orçamentários e dificuldades na gestão e operacionalização da PNSB	Estrutura física inadequada, insuficiência de profissionais, falta de insumos e materiais para operacionalização da PNSB
<i>Ampliar o número de serviços e profissionais de SB no SUS</i>	Baixa adesão dos municípios	Baixo engajamento dos gestores, falta de conhecimento sobre a PNSB por parte de gestores e falta de recursos necessários	Limitação para a expansão da cobertura de saúde bucal
<i>Estimular a formação dos TSB</i>	Problemas de tecnologia e informação	Locais de difícil acesso a tecnologias, informação e comunicação	Inequidades de formação
<i>Estimular a formação dos TSB</i>	Indefinição de competências entre ensino e gestão	Baixa interlocução com as instituições de ensino, dificuldade em distribuir as responsabilidades e baixo engajamento de parceiros	Inoperância da formação
<i>Estimular a formação dos TSB</i>	Falta de investimentos necessários para a formação de TSB e manutenção do profissional no SUS	Baixa priorização da SB no SUS	Baixo quantitativo de profissionais formados e inseridos no SUS

<i>Estimular estratégias de educação permanente para fortalecer o modelo biopsicossocial no SUS</i>	Problemas de tecnologia e informação	Locais de difícil acesso a tecnologias, informação e comunicação	Inequidades de formação
<i>Estimular estratégias de educação permanente para fortalecer o modelo biopsicossocial no SUS</i>	Indefinição de competências entre ensino e gestão	Baixa interlocução com as instituições de ensino, dificuldade em distribuir as responsabilidades e baixo engajamento de parceiros	Inoperância da formação
<i>Estimular estratégias de educação permanente para fortalecer o modelo biopsicossocial no SUS</i>	Baixo engajamento dos diversos atores do SUS e das instituições de ensino	Baixa interlocução com as instituições de ensino Expectativas mal alinhadas entre os parceiros, gestores e profissionais em relação ao seu papel e contribuição para mudança de modelo de atenção	Perpetuação do modelo biomédico
<i>Estimular estratégias de educação permanente para fortalecer o modelo biopsicossocial no SUS</i>	Falta de priorização da implementação de estratégias de educação permanente por parte dos gestores e profissionais de saúde	Priorização do atendimento clínico	Não alteração do modelo de atenção e atuação de profissionais não qualificados na rede
<i>Estimular as relações ensino-serviço para profissionais de SB no SUS</i>	Baixa adesão dos municípios	Baixo engajamento dos gestores e falta de conhecimento sobre a importância do ensino-serviço para a formação de profissionais de SB para o SUS	Limitação para a expansão da cobertura de saúde bucal
<i>Estimular as relações ensino-serviço para profissionais de SB no SUS</i>	Indefinição de competências entre ensino-serviço e gestão	Baixa interlocução da gestão com as instituições de ensino, dificuldade em distribuir as responsabilidades e baixo engajamento de parceiros	Não alcance do objetivo

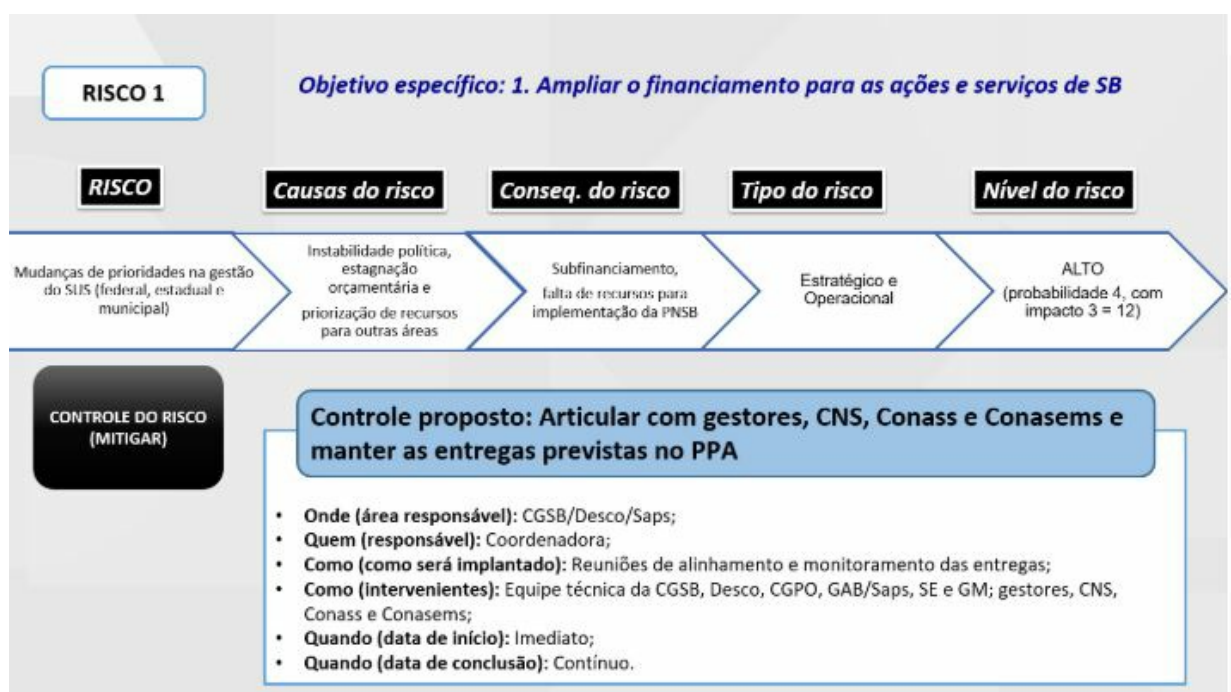
<i>Estimular as relações ensino-serviço para profissionais de SB no SUS</i>	Baixo engajamento dos diversos atores do SUS e das instituições de ensino	Baixa interlocução com as instituições de ensino Expectativas mal alinhadas entre os parceiros, gestores e profissionais em relação ao seu papel e contribuição para mudança de modelo de atenção	Perpetuação do modelo biomédico
<i>Estimular as relações ensino-serviço para profissionais de SB no SUS</i>	Limitação na disponibilidade de recursos necessários	Falta de priorização de recursos orçamentários e dificuldades na gestão e operacionalização para estimular as relações ensino-serviço	Estrutura física inadequada e insuficiência de profissionais para estimular o objetivo

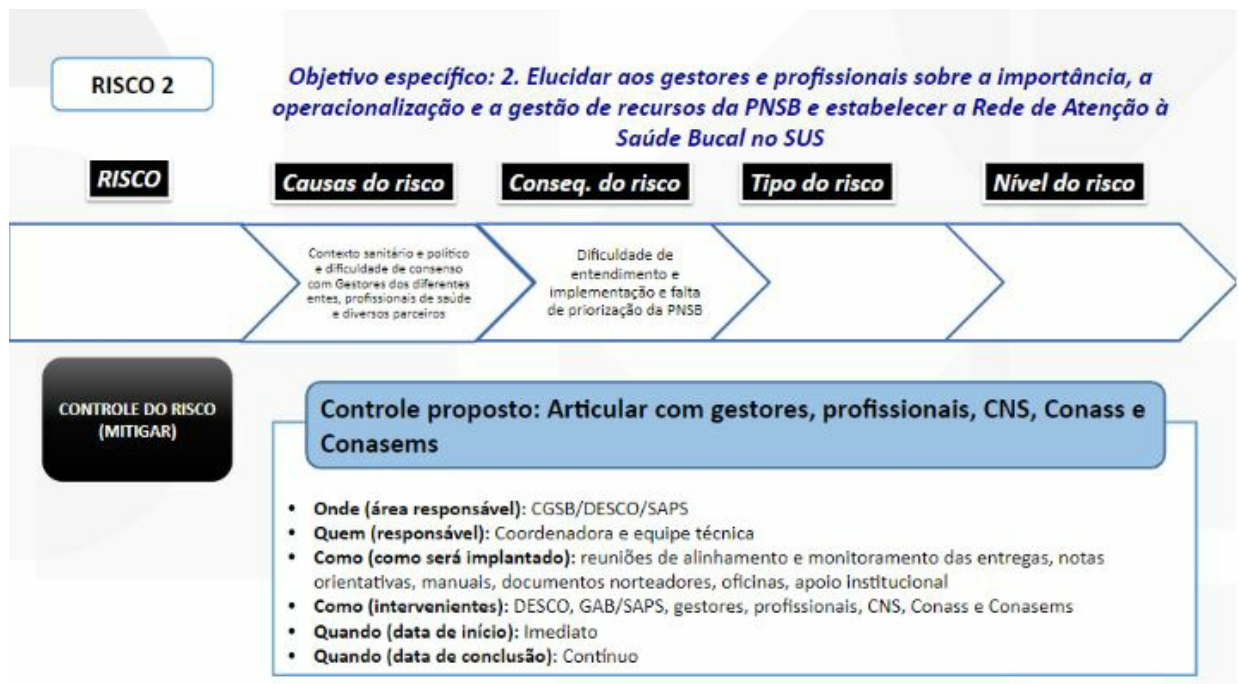
Fonte: CGSB/Desco/Saps/MS.

52. Posteriormente, foram implementadas medidas preventivas, de monitoramento e intervenção para reduzir os riscos e melhorar o enfrentamento do problema regulatório.

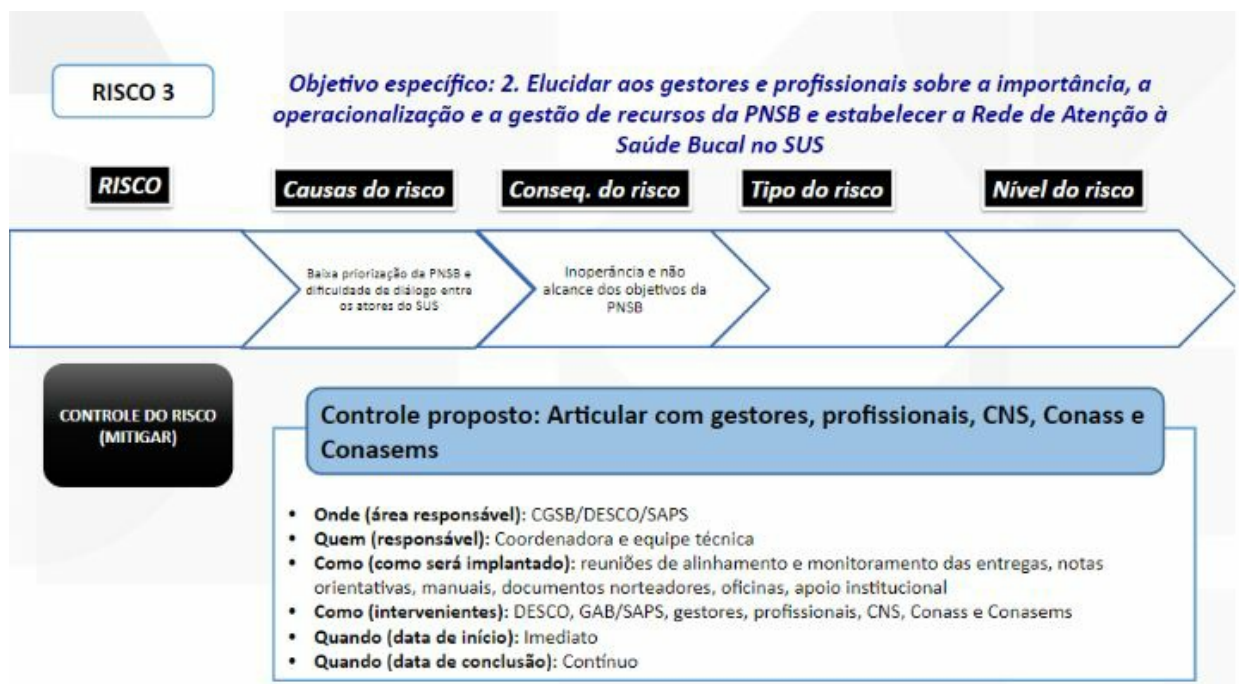
53. A avaliação dos riscos possibilitou a classificação com base na probabilidade de ocorrência, impacto e nível de riscos inerentes. Além disso, foram examinados os fatores de controle e classificados conforme a natureza do risco para mitigá-los.

54. Em sequência, determinou-se os cinco riscos e foi elaborado um “Plano de respostas aos riscos”, todas as análises estão elencadas da Figura 5 até a Figura 16.

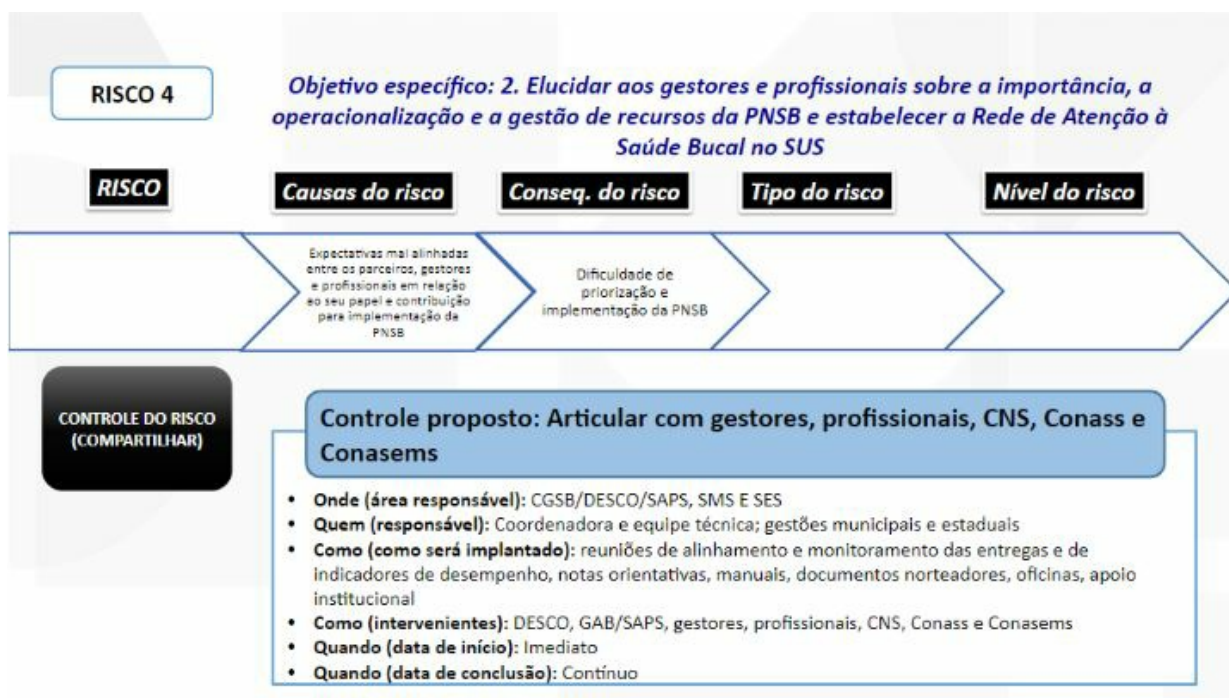




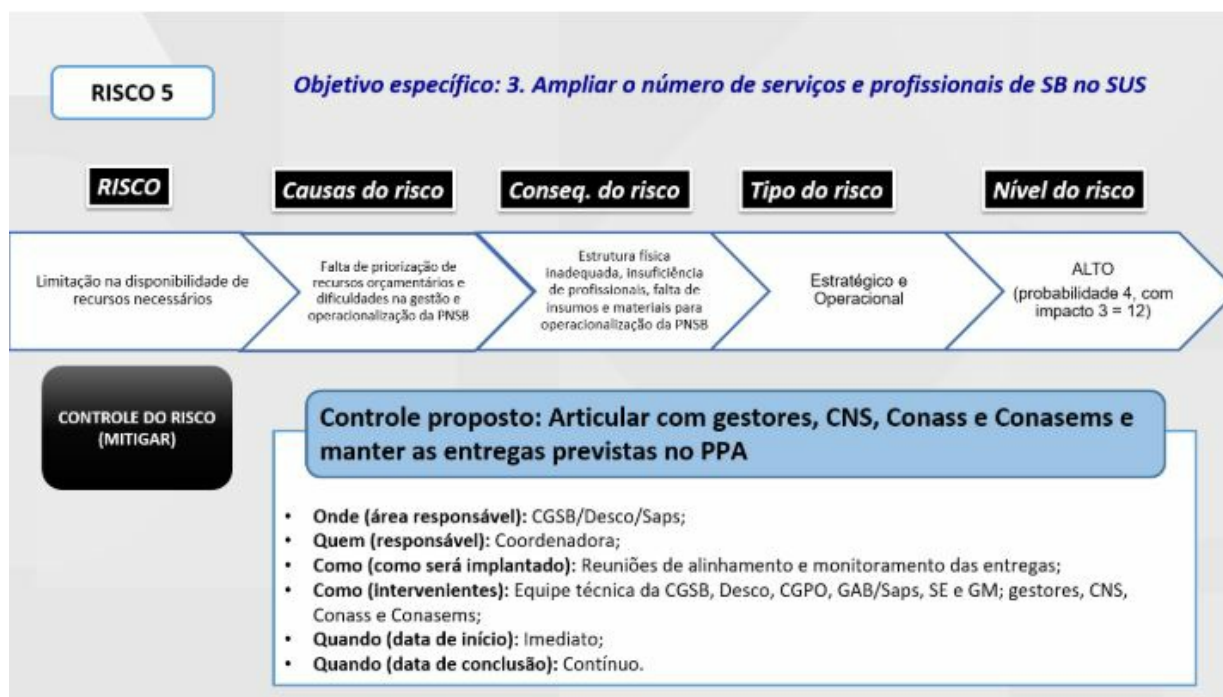
Fonte: CGSB/Desc/Saps/MS.



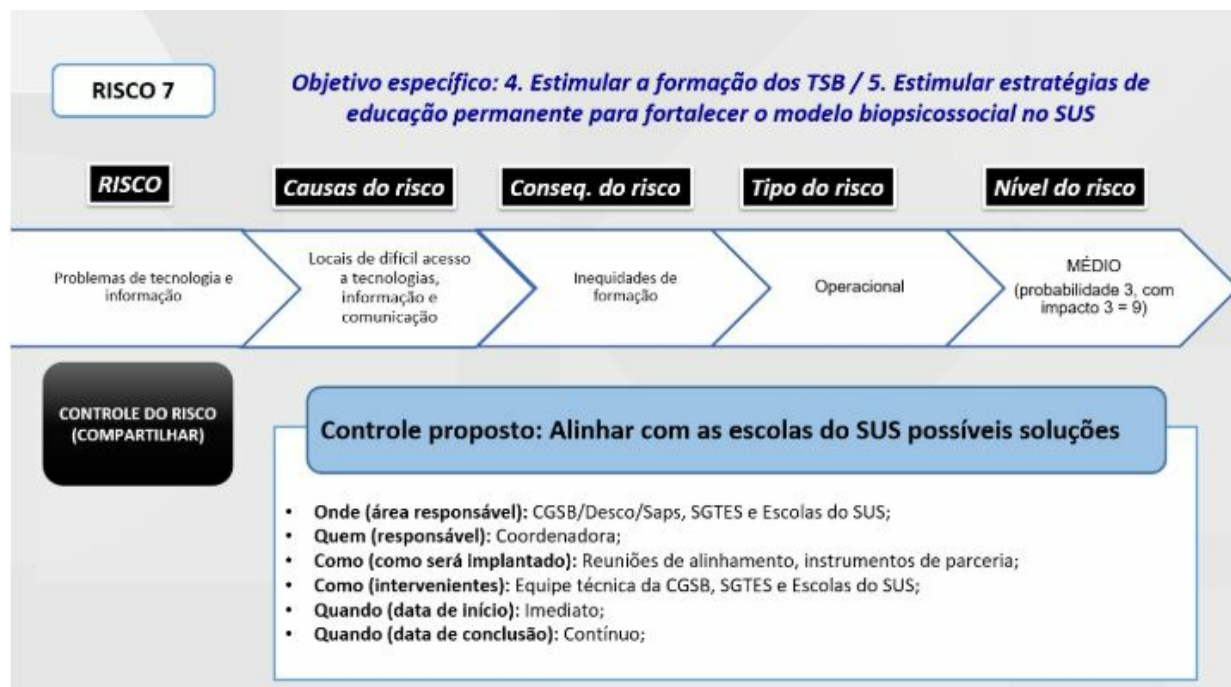
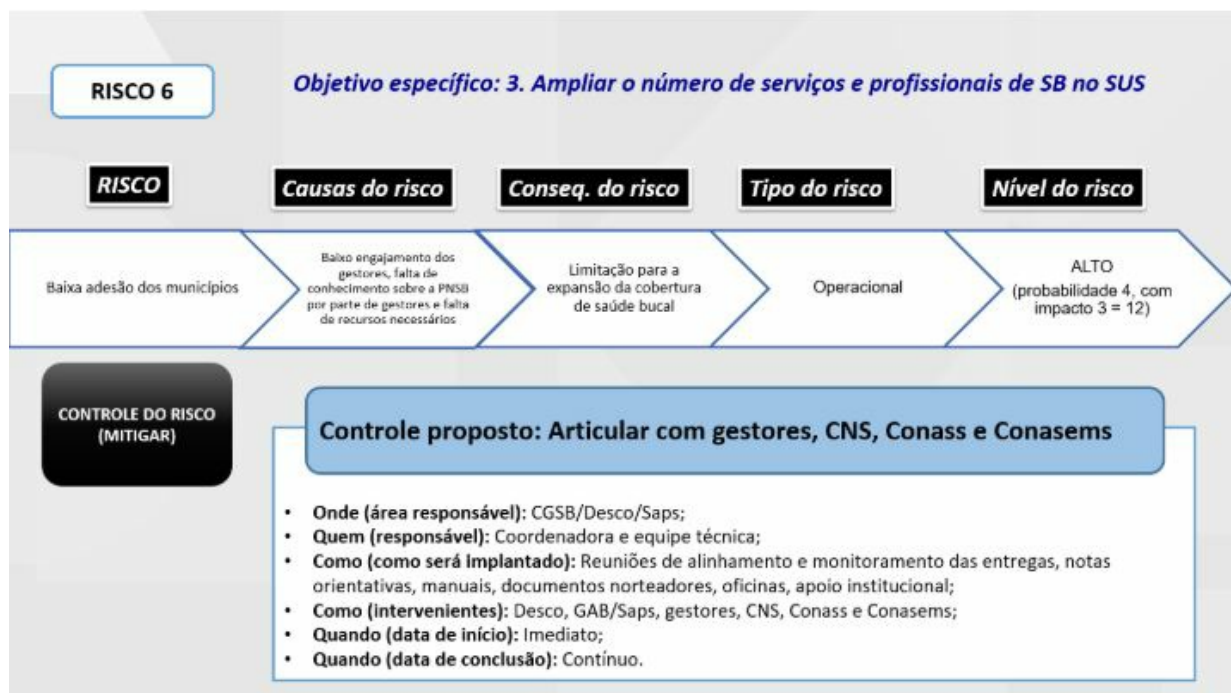
Fonte: CGSB/Desc/Saps/MS.



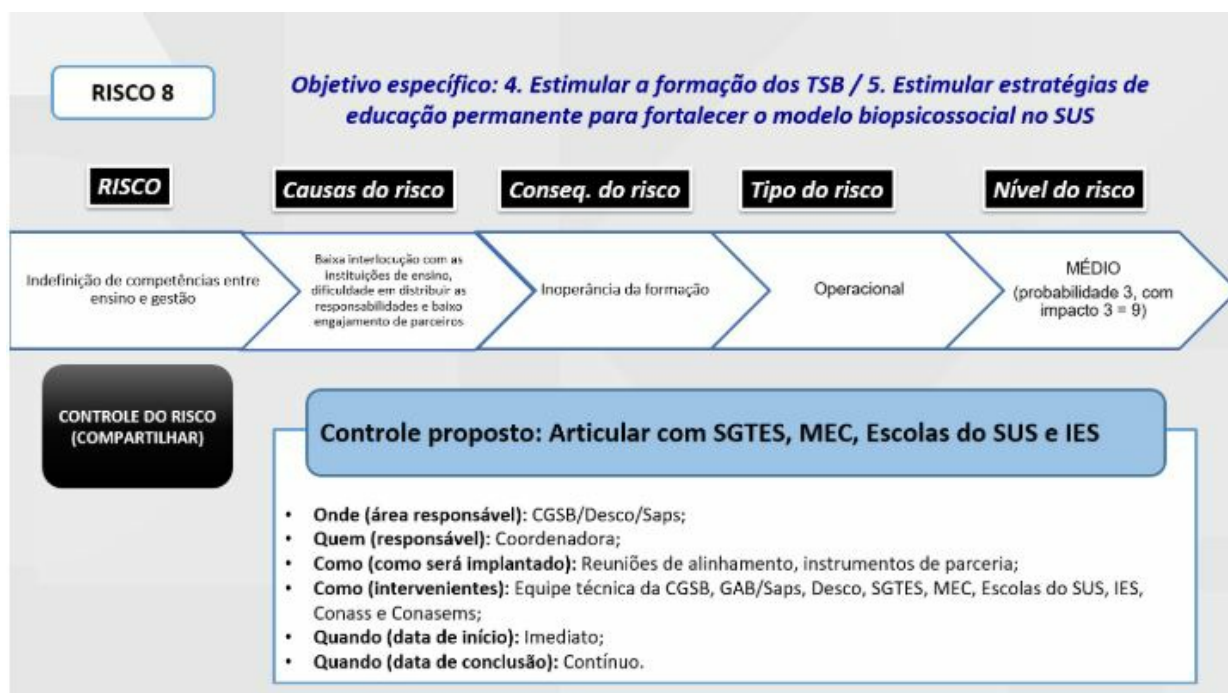
Fonte: CGSB/Descso/Saps/MS.



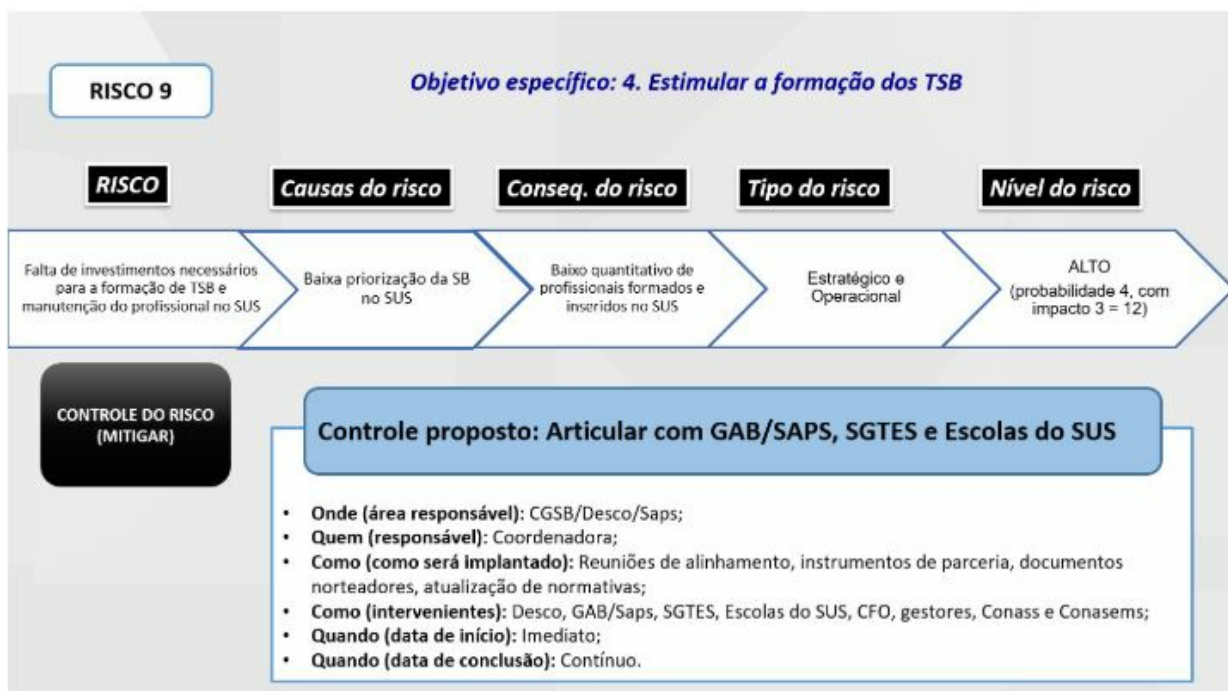
Fonte: CGSB/Descso/Saps/MS.



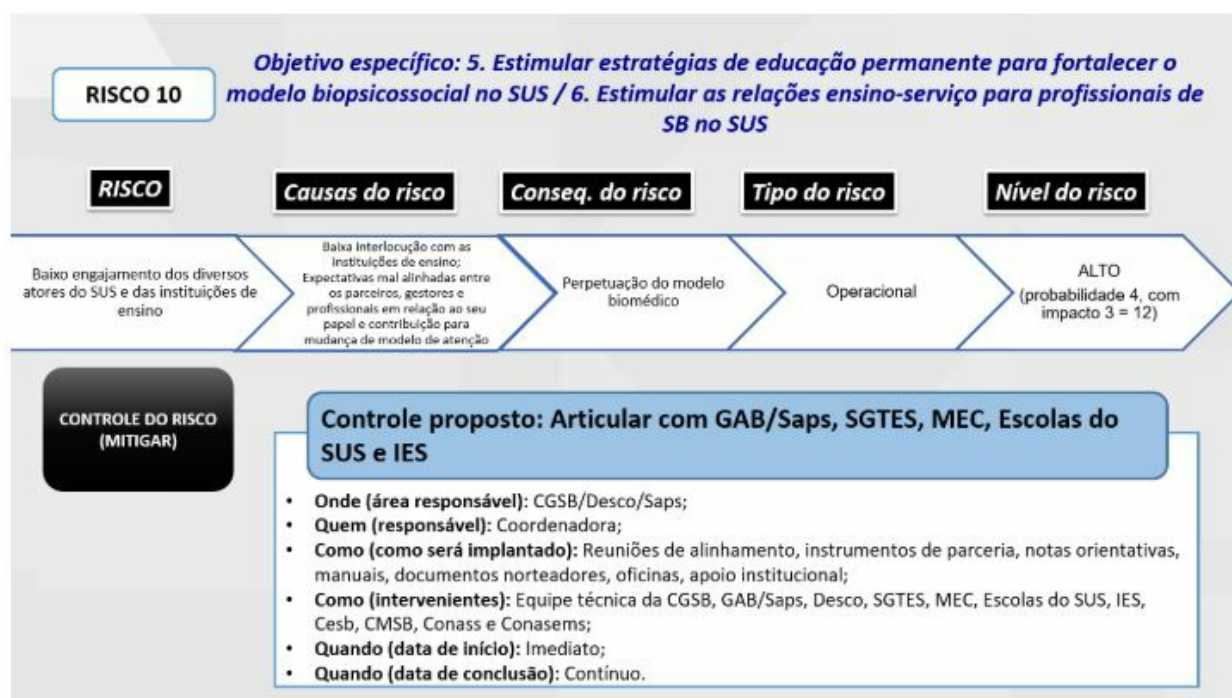
Fonte: CGSB/Desco/Saps/MS.



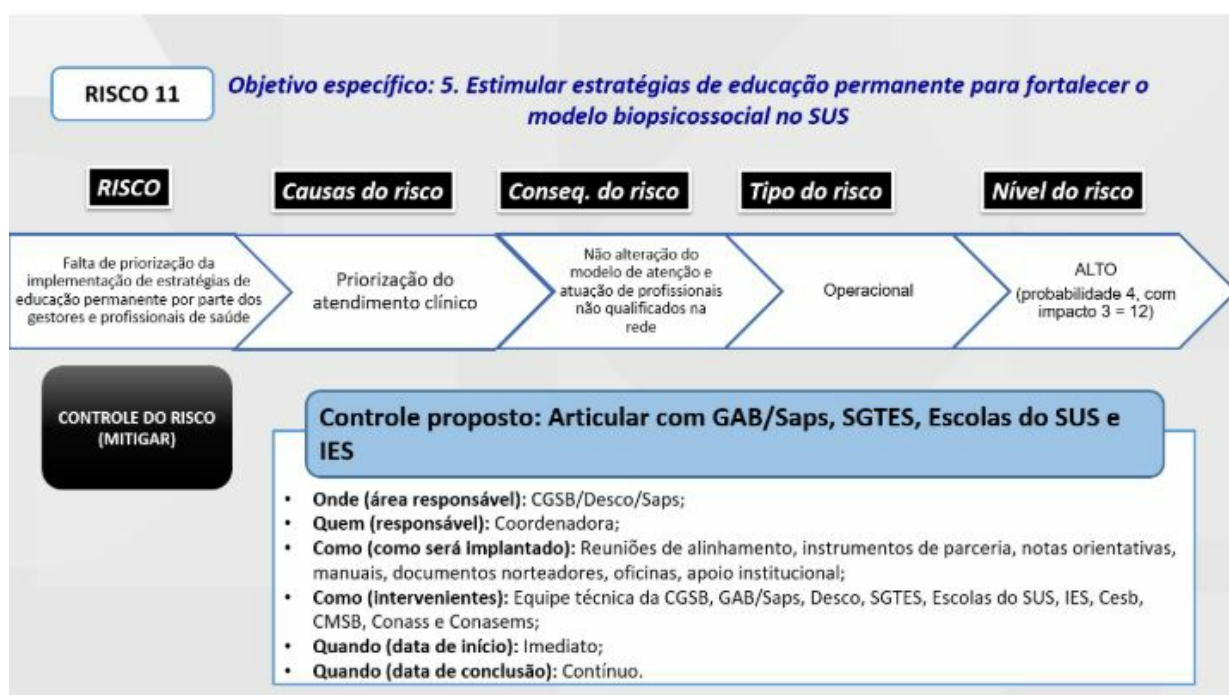
Fonte: CGSB/Desco/Saps/MS.



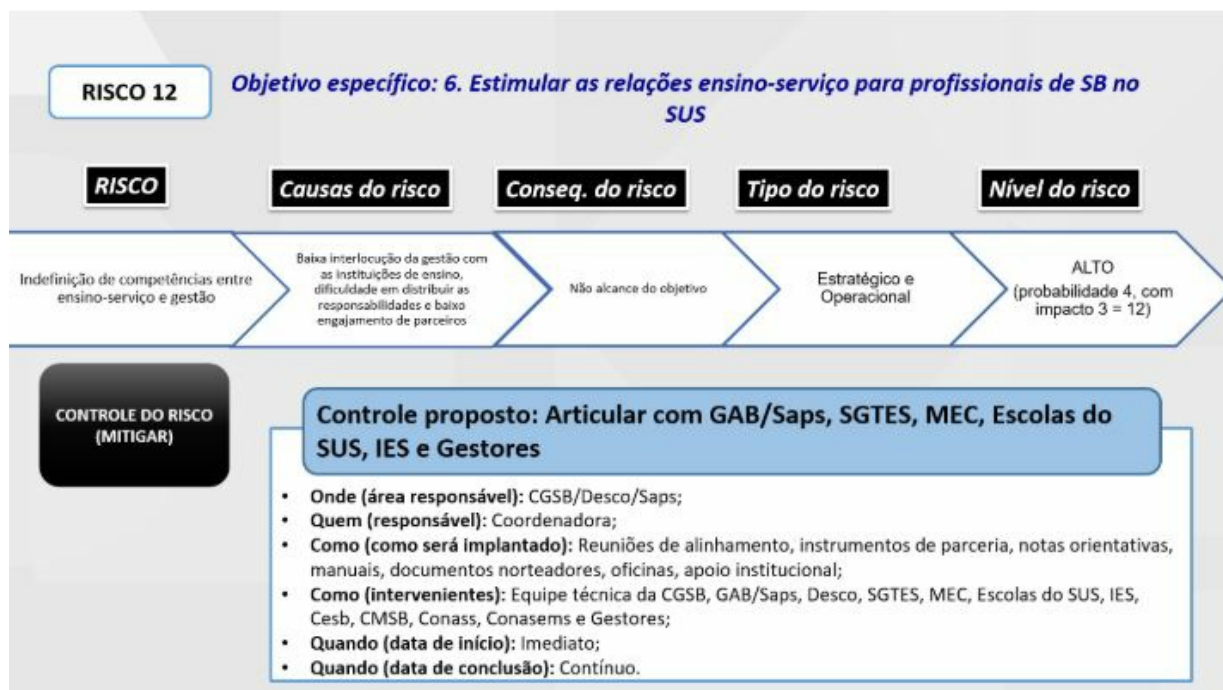
Fonte: CGSB/Desco/Saps/MS.



Fonte: CGSB/Desco/Saps/MS.



Fonte: CGSB/Desco/Saps/MS.



Fonte: CGSB/Desco/Saps/MS.

DESCRIÇÃO DA ESTRATÉGIA PARA IMPLEMENTAÇÃO DA ALTERNATIVA SUGERIDA

55. Conforme o problema regulatório: “Dificuldade da gestão do Sistema Único de Saúde na oferta e implementação da Política Nacional de Saúde Bucal a fim de promover um cuidado integral e equânime para a população” e de acordo com o que foi delineado nas páginas anteriores, em que houve embasamento a partir da análise multicritério pelo método PAH/AHP, determinou-se a publicação da Portaria que cria o Programa Mais Saúde Bucal no SUS e estabelecer a Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS.

56. Para isso, propõe-se a alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, tem-se que, necessariamente, adequar o Artigo 3º e incluir o Anexo VII no Capítulo I da referida minuta conforme detalhamento abaixo, em que se faz a comparação entre o texto vigente e o texto proposto.

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3 DE 28 DE SETEMBRO DE 2017		
DISPOSITIVO	TEXTO VIGENTE	TEXTO PROPOSTO
Art. 3º	<p>São Redes Temáticas de Atenção à Saúde:</p> <p>I - Rede Alyne, na forma do Anexo II; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 5.350 de 12.09.2024)</p> <p>II - Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), na forma do Anexo III;</p> <p>III - Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, na forma do Anexo IV;</p> <p>IV - Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na forma do Anexo V;</p> <p>V - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, na forma do Anexo VI;</p>	<p>São Redes Temáticas de Atenção à Saúde:</p> <p>I - Rede Alyne, na forma do Anexo II; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 5.350 de 12.09.2024)</p> <p>II - Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), na forma do Anexo III;</p> <p>III - Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, na forma do Anexo IV;</p> <p>IV - Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na forma do Anexo V;</p> <p>V - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, na forma do Anexo VI;</p> <p>VI - Rede de Atenção à Saúde Bucal na forma do Anexo VII</p>
		<p>ANEXO VII</p> <p>Rede de Atenção à Saúde Bucal</p> <p>Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), no âmbito do Sistema Único de Saúde.</p>

§ 1º Considera-se como RASB o conjunto de diferentes ações e serviços de saúde bucal no SUS, direta ou indiretamente a ele vinculadas, de qualquer nível de atenção, que articulados formam uma rede.

**CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 2º São princípios da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB):

- I. Integralidade do cuidado em saúde bucal;**
- II. Interdisciplinaridade e colaboração entre equipes multiprofissionais;**
- III. Acessibilidade aos serviços em todos os níveis de atenção;**
- IV. Equidade na oferta de ações e serviços;**
- V. Ética e humanização no atendimento;**
- VI. Planejamento ascendente e participativo;**
- VII. Eficiência e otimização dos recursos disponíveis;**
- VIII. Respeito às especificidades socioculturais dos usuários;**
- IX. Educação permanente e capacitação dos profissionais; e**
- X. Incorporação de inovações tecnológicas e digitais.**

Art. 3º São diretrizes da RASB:

- I. Organização dos serviços considerando as características territoriais e epidemiológicas, com garantia de fluxos assistenciais claros;**
- II. Adoção de um modelo de atenção baseado na clínica ampliada e centrada na pessoa;**
- III. Implementação de protocolos e critérios regulatórios para assegurar atendimento em tempo oportuno e resolutivo;**
- IV. Articulação entre os serviços especializados e a atenção primária à saúde bucal, com comunicação integrada e corresponsabilização pelo cuidado;**
- V. Utilização de ferramentas de saúde digital, incluindo teleodontologia, para ampliar o acesso, o diagnóstico e qualificar o cuidado;**
- VI. Monitoramento contínuo das ações e serviços, com indicadores que avaliem a qualidade, a eficiência, o impacto e o resultado;**
- VII. Promoção de ações de acolhimento, educação em saúde e orientação ao autocuidado pelas equipes de saúde bucal;**
- VIII. Mecanismos de governança sistêmica que integre a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, e os sistemas de apoio logísticos da rede;**
- IX. Integração intersetorial com serviços do território para complementar o cuidado em saúde bucal; e**
- X. Garantia da segurança do paciente e**

das boas práticas por meio de protocolos clínicos e diretrizes técnicas.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA OPERACIONAL

Art. 4º Compõem a Rede de Atenção à Saúde Bucal:

I. Atenção Primária à Saúde:

II. Atenção Especializada Ambulatorial:

III. Atenção Especializada Ambulatorial Hospitalar, Atenção Hospital e Urgência e Emergência;

IV. Outros Serviços de Apoio Logístico, Diagnóstico e Terapêutico.

Art. 5º São objetivos da RASB:

I. Objetivo geral: Organizar a saúde bucal na Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo a integralidade, acessibilidade, equidade e eficiência dos serviços de saúde bucal para atender às necessidades da população brasileira com qualidade, humanização e resolutividade.

II. Objetivos Específicos:

a. Ampliar o acesso aos serviços de saúde bucal em todos os níveis de atenção, garantindo a integração entre os pontos de cuidado e a continuidade do atendimento, com base em protocolos e fluxos assistenciais elucidados;

b. Promover a qualificação contínua e a educação permanente dos profissionais da saúde bucal, incentivando o uso de inovações tecnológicas e ferramentas digitais para aprimorar a qualidade do cuidado;

c. Fomentar a articulação intersetorial e a interdisciplinaridade entre equipes multiprofissionais, assegurando a corresponsabilidade pelo cuidado e o respeito às especificidades socioculturais dos usuários;

d. Planejar e efetivar a RASB, em cada território regional, contemplando a transformação digital, no contexto dos respectivos planos de ação do Programa SUS Digital;

e. Investir no desenvolvimento de novas tecnologias, inovação e cuidado em saúde bucal no contexto do Complexo Econômico-Industrial da Saúde.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

Art. 6º Os entes federativos têm suas competências na organização e funcionamento da RASB definidas nos artigos 16 a 18 da Lei nº 8.080/90.

Art. 7º No âmbito da RASB, as competências da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, ao organizarem e implementarem as ações e serviços em saúde bucal que compõem a RASB, referem-se às diretrizes da PNSB, definidas no art. 2º da Lei nº 14.572/23 (I

	a X). Art. 8º Será publicada, em Portaria específica, o detalhamento da Organização, linhas de cuidado, Regulação, Governança, Financiamento, Monitoramento e avaliação da Rede de Atenção em Saúde Bucal.
--	--

ESTIMATIVA DE IMPACTO ORÇAMENTÁRIO-FINANCEIRO

57. Não há impacto orçamentário- financeiro uma vez que os pontos de atenção à saúde bucal existentes já recebem incentivo financeiro federal. Desse modo, a proposta de alteração da Portaria de Consolidação nº 3 propõe a instituição da Rede de Atenção à Saúde Bucal visando organizar a saúde bucal e seus pontos de atenção na Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo a integralidade, acessibilidade, equidade e eficiência dos serviços de saúde bucal para atender às necessidades da população brasileira com qualidade, humanização e resolutividade.

3. CONCLUSÃO

3.1. Ante o exposto, a Coordenação Geral de Saúde Bucal encaminha a minuta de portaria que altera a Portaria de Consolidação GM/nº 3 para instituir a Rede de Atenção à Saúde Bucal na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), no âmbito do Sistema Único de Saúde.

3.2. Encaminhe-se à **Coordenação-Geral de Demandas de Órgãos Externos da Atenção Primária** para providências.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, D.; FRAZÃO, P. A insuficiência da política pública para inclusão do técnico em saúde bucal na atenção primária no Brasil, 2016. 10.7476/9788523220297.0012.

AGUIAR, S. F. A.; ROCHA, M. P. Políticas de Saúde Bucal no Brasil: Mudanças a Partir de 1988 / National Health Policies in Brazil: Changes from 1988. Revista Multidisciplinar e de Psicologia, v. 13 n. 45, 2019.

AMORIM, L.P., et al. Processo de trabalho em saúde bucal: disparidade entre as equipes no Brasil, 2014. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 30, n. 1, e2019533, 2021. doi.org/10.1590/S1679-49742021000100013.

ARDENGHI, T. M.; PIOVESAN, C.; ANTUNES, J. L. F. Desigualdades na prevalência de cárie dentária não tratada em crianças pré-escolares no Brasil. Revista de Saúde Pública, V. 47, p. 129-37, 2013. doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004352.

AZEVEDO, J. S., et al. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrazil 2010): prevalências e fatores associados. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, n. 8, e00054016, 2017. doi.org/10.1590/0102-311X00054016.

BELOTTI, L.; MARTINELLI, K. G.; GARCIA, E. M.; SANTOS, M. L. L.; PACHECO, K. T. S.; ESPOSTI, C. D. D. Evolução da atenção em saúde bucal antes e após a política nacional de saúde bucal. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research, v. 21, n. 3, p. 30-38, 2019. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/rbbs/article/view/28203. Acesso em: 11 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 350 p. : il.

BRASIL. Decreto nº 10.411 de 30 de junho de 2020. Brasília, 2020.

BRASIL. Diretrizes Gerais e Guia Orientativo para elaboração de Análise de Impacto Regulatório – AIR. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para execução da Análise de Impacto Regulatório no Ministério da Saúde. Brasília, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. Brasília, 2012.

BRASIL. LEI Nº14.572. Brasília, 2023.

CALVASINA, P. Redes de atenção à saúde bucal: a transversalidade invisível. Ciência e

Saúde Coletiva. ,28(3):785-8, 2023. doi.org/10.1590/1413-81232023283.12802022.

CHAVES, S. C. L.; ALMEIDA, A. M. F. L.; ROSSI, T. R. A.; SANTANA, S. F. B. S. G.; SANTOS, C. M. L. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(6):1791-803, 2017. doi.org/10.1590/1413-81232017226.18782015.

COLUSSI, C.F.; PATEL, F. S. Uso e Necessidade de Prótese Dentária no Brasil: avanços, perspectivas e desafios. *Saúde e Transformação Social*, v.7, n.1, p.41.-48, 2016.

CORRÊA, G.; CELESTE, R. Associação entre a cobertura de equipes de saúde bucal na saúde da família e o aumento na produção ambulatorial dos municípios brasileiros, 1999 e 2011. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n. 12, p. 2588-98, 2015.

COSTA, R., RIBEIRO, I., RODRIGUES, L.; VALENÇA, A. Configuração da cobertura de saúde bucal brasileira e o acesso da população ao serviço público odontológico. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 6(2), 212-219, 2018.

CRESCENTE, L. G.; GEHRKE, G.H.; SANTOS, C. M. Mudanças da prevalência de dentes permanentes cariados no Brasil e em países de renda média-alta nos anos 1990 e 2017. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 27, n. 3, p. 1181-90, 2022. doi.org/10.1590/1413-81232022273.46812020.

ESPOSTI, C. D. D.; OLIVEIRA, A. E.; SANTOS-NETO, E. T.; ZANDONADE, E. O processo de trabalho do técnico em saúde bucal e suas relações com a equipe de saúde bucal na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Saúde e sociedade*, v. 21, n. 2, 372-85, 2012. doi.org/10.1590/S0104-12902012000200011.

FIGUEIREDO JÚNIOR, E.; FELIX, A.; OLIVEIRA, A. P. J. Categorias Auxiliares em Odontologia: Análise e caracterização do panorama da distribuição no Brasil. *Research, Society and Development*, v. 9, e477985664, 2020. doi.10.33448/rsd-v9i8.5664.

FORTE, F. D. S.; PONTES, A.A.; MORAIS, H. G. F.; BARBOSA, A. S.; NÉTTO, O. B. S.; BARROS, N. F. Integração ensino-serviço-comunidade em Odontologia: um estudo cultural. *Interface (Botucatu)*, V. 24, e200166, 2020. doi.org/10.1590/Interface.200166.

Freire M do CM, Reis SCGB, Figueiredo N, Peres KG, Moreira R da S, Antunes JLF. Determinantes individuais e contextuais da cárie em crianças brasileiras de 12 anos em 2010. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2013Dec;47:40-9. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004322>.

LARA, J. V. I.; FRAZÃO, P. Oral health guidelines in the primary care policies of five selected countries: An integrative review. *Health Policy Open*, v. 24, n. 2, p. 100042. 2021. doi: 10.1016/j.hpopen.2021.100042.

LIMA, A.M.C.; et al. Inserção do técnico em saúde bucal no sistema único de saúde: a instabilidade dos vínculos de trabalho e a desvalorização profissional. *Trabalho, educação e saúde*, v. 14, p. 139-54, 2016. doi.org/10.1590/1981-7746-sol00029.

LOPES, M. G. M.; KNUPP, R. R. S. Formação em Odontologia no Brasil: história, avanços e desafios na mudança do olhar e das práticas em saúde. *Revista Ciências e Odontologia*, v. 5, n. 2, p. 9-19, 2021.

MARTINS, A. M. E. B.L., et al. Uso de serviços odontológicos públicos entre idosos brasileiros: uma análise multinível. *Ciência e Saúde coletiva*, v. 25, n. 6, p. 2113-26, 2020. doi.org/10.1590/1413-81232020256.19272018.

MARTINS, B. P.; UCHIDA, T. H.; TERADA, R. S. S.; PASCOTTO, R. C.; FUJIMAKI, M. Percepção dos Técnicos em Saúde Bucal sobre Educação em Saúde: uma análise qualitativa. *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION*, v. 4, n. 5, 2015. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/1275>. Acesso em: 11 dez. 2023.

NASCIMENTO, S.; FRAZÃO, P.; BOUSQUAT, A.; Antunes, J.L.F. Condições dentárias entre adultos brasileiros de 1986 a 2010. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, p. 69-77, 2013. doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004288.

PERES, M. A.; BARBATO, P. R.; REIS, S. C. G. B.; FREITAS, C. H. S. M.; ANTUNES, J. L. F. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, p. 78-89, 2013. doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004226.

PERES, M. A., et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*, v. 20m n. 394(10194), p. 249-260, 2019. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31146-8.

PIMENTA, L. B.; BELTRÃO, N. E. S.; GEMAQUE, A. M. S.; TAVARES, P. A. Processo Analítico Hierárquico (AHP) em ambiente SIG: temáticas e aplicações voltadas à tomada de decisão

utilizando critérios espaciais. Interações (Campo Grande), v. 20, n. 2, p. 407-20, 2019. doi.org/10.20435/inter.v20i2.1856.

PINHEIRO, E. L., et al. Teorização sobre os limites à inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. Ciência e Saúde Coletiva, v. 28, n. 4, p. 1139-50, 2023. doi.org/10.1590/1413-81232023284.12502022.

RONCALLI, A. G. Projeto SB Brasil 2010 - pesquisa nacional de saúde bucal revela importante redução da cárie dentária no país. Cadernos de Saúde Pública, v. 27, n. 1, p. 4-5, 2011. doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100001.

ROSSI, T. R. A.; CHAVES, S. C. L. Processo de trabalho em saúde na implementação da atenção especializada em saúde bucal no nível local. Saúde debate, v. 41, n. 3, p. 188-201, 2017. doi.org/10.1590/0103-11042017S314.

SAATY, T. L. Método de análise hierárquica. 1991. São Paulo: Makron, 1991.

SANTOS, L. P. S., et al. Política de Saúde Bucal no Brasil: transformações e rupturas entre 2018-2021. Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, p. 1575-1587, 2022. doi.org/10.1590/1413-81232023285.14002022.

SILVA, A. H. M.; UCHIDA, T.; FUJIMAKI, M. Percepções de Técnicos em Saúde Bucal para a prática de ações preventivas contra a cárie dentária. Research, Society and Development, v. 11, e54111629448, 2022. doi.org/10.33448/rsd-v11i6.29448.

SOUZA, G. C. A., RONCALLI, A. G. Perda do primeiro molar permanente e necessidade de tratamento endodôntico aos 12 anos no Brasil. TEMPUS, v. 13, n. 3, 2020.

STEIN, C., et al. Presença de Centros de Especialidades Odontológicas e sua relação com a realização de exodontias na rede de atenção de saúde bucal no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. 1, e00054819, 2020. doi.org/10.1590/0102-311X00054819.

UCHIDA, T. H.; TERADA, R. S. S.; TENUTA, L. M. A.; FUJIMAKI, M. Práticas preventivas realizadas por Técnicos em Saúde Bucal: um estudo qualitativo. Revista da ABENO, v. 16, n. 1, p. 110-124, 2016.

VIEIRA, T. P. M.; UCHIDA, T. G. S.; FUJIMAKI, M. Percepção de Técnicos em Saúde Bucal sobre cursos de capacitação para prevenção da cárie dentária. Conjecturas, v. 22, p. 64-75, 2022. doi.org/10.53660/CONJ-913-I03.



Documento assinado eletronicamente por **Olivia Lucena de Medeiros, Coordenador(a)-Geral de Saúde Bucal substituto(a)**, em 16/12/2024, às 10:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Evellin Bezerra da Silva, Diretor(a) do Departamento Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária**, em 16/12/2024, às 13:03, 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 **0044999052** e o código CRC **9A93CE82**.