

# PLANEJAMENTO EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DA TEORIA À PRÁTICA

## Oral Health Planning in Primary Health Care: from theory to practice

Caroline Reis de Sá<sup>1</sup>, Mirian Kuhnen<sup>2</sup>,  
Igor Fonseca dos Santos<sup>3</sup>, Marina Patrício Arruda<sup>4</sup>, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi<sup>5</sup>

### RESUMO

O Planejamento em Saúde é o instrumento que permite a consolidação dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde, e está voltado à promoção de melhorias das condições de saúde e vida da população. Este estudo teve como objetivo analisar a articulação entre a teoria e a prática do planejamento em saúde bucal, nas equipes da Estratégia Saúde da Família, no município de Lages, Santa Catarina. Foi realizado um estudo de caso com 23 cirurgiões-dentistas e a gerência da Estratégia Saúde da Família, por meio de entrevistas semiestruturadas e análise documental do plano municipal de saúde. Os dados foram analisados pela análise de conteúdo. Os cirurgiões-dentistas e a gerência veem o planejamento como sinônimo de plano de tratamento do paciente, bem como uma escala de tarefas ou atividades individuais e normativas. Na formação profissional, em nível de graduação, o planejamento em saúde parece ter pouca ênfase. Em relação ao plano municipal de saúde, ficou evidente que a saúde bucal ainda tem um papel pouco expressivo no planejamento da saúde do município, não contemplando aspectos como o diagnóstico da realidade, identificação de problemas e definição de metas baseadas na epidemiologia. Há necessidade de uma articulação entre os preceitos do Sistema Único de Saúde e uma prática de planejamento que legitime e fortaleça o trabalho das equipes de saúde da família.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Planejamento em Saúde; Saúde Bucal.

### ABSTRACT

Health Planning is the instrument that enables the consolidation of the principles governing the Brazilian Health Care System, and is aimed at promoting improvements in health conditions and living standards. The intent of this study was to analyze the relationship between the theory and practice of oral health planning, in teams from the Family Health Strategy in the city of Lages, Santa Catarina. A case study was conducted with 23 dentists and the management staff of the Family Health Strategy, through semi-structured interviews and documental analysis of the municipal health plan. Data were analyzed using content analysis. The dentists and managers see planning as synonymous with the patient treatment plan, as well as a scale of individual and normative tasks or activities. In professional training at the undergraduate level, health planning seems to have too little emphasis. In relation to the municipal health plan, it became clear that oral health still has an insignificant role in the city's health planning, in not contemplating such aspects as diagnosing the actual situation, identifying problems, and setting goals based on epidemiology. There is a need for articulation between the Unified Health Care System's principles and a planning practice that legitimizes and enhances the work of the family health teams.

**KEYWORDS:** Family Health; Primary Health Care; Health Management; Oral Health.

<sup>1</sup> Universidade do Planalto Catarinense. E-mail: caroline.reis.sa@gmail.com.

<sup>2</sup> Universidade do Planalto Catarinense.

<sup>3</sup> Universidade do Planalto Catarinense.

<sup>4</sup> Universidade do Planalto Catarinense.

<sup>5</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

## INTRODUÇÃO

Historicamente, os serviços públicos de saúde bucal no Brasil não se organizaram de forma a responder as necessidades da população. Entretanto, as ações de saúde bucal, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), vêm se ampliando, como a inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB), como parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF)<sup>1</sup> e a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, o Brasil Sorridente.<sup>2</sup> O Brasil Sorridente, nesse contexto, avançou na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo, propondo um modelo centrado nas efetivas necessidades de saúde da população, por meio da reorganização da prática assistencial e da qualificação dos serviços oferecidos. Tal avanço representou um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, sendo a saúde da família a estratégia prioritária escolhida para a reorganização da atenção primária no Brasil.<sup>3</sup>

Com o SUS e a aplicação dos preceitos da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Saúde da Família para reformular as questões de saúde, ampliaram-se as atribuições dos profissionais que atuam no sistema público e entre essas atividades, pode-se citar o planejamento. Na concepção de Evangelista,<sup>4</sup> o planejamento em saúde visa dar condições para que se organize e se dirija o sistema de saúde, no sentido de intervir sobre uma dada realidade, com o propósito de promover mudanças.

Diversos documentos oficiais enfatizam a importância do planejamento e orientam como realizá-lo na APS. No Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, de 2001,<sup>5</sup> o planejamento aparece como uma das atribuições comuns aos profissionais de Saúde Bucal da Saúde da Família, sendo estas a participação do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família.

Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB),<sup>6</sup> o planejamento é citado entre os fundamentos da Atenção Básica: o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a possibilitar o planejamento e a programação descentralizada e em conformidade com o princípio da equidade. Enfoque também na realização da avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação. Acrescenta, ainda, como um dos seus princípios gerais, o tratamento das especificidades da ESF, o desenvolvimento de atividades, de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade.<sup>7</sup>

A PNAB propõe, entre as responsabilidades da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), definir, no Plano de Saúde, as características, os objetivos, as metas e os mecanismos de acompanhamento da ESF,<sup>6</sup> reforçando o que já previa a lei nº 8.080/90<sup>8</sup> em que as três esferas de governo deverão orientar seus planos de saúde, para a elaboração de suas propostas orçamentárias anuais, de modo a possibilitar a efetividade e a continuidade da política de saúde.

Adicionalmente, o Plano Municipal de Saúde (PMS) é um instrumento de gestão que corresponde ao conjunto das propostas de ação do governo municipal em relação aos problemas e necessidades locais, devendo, portanto contemplar a saúde bucal.<sup>9</sup> Nesse sentido, um plano municipal de saúde bucal não deve ser encarado como um processo isolado; ele está contido num plano geral de saúde.<sup>10</sup>

Foi, a partir do SUS, que os municípios, estados e a União passaram a ser corresponsáveis pela sua efetivação, tendo o planejamento como promotor da mudança organizacional e do processo de reformulação das práticas em saúde. De acordo com Tancredi et al.,<sup>11</sup> o planejamento é capaz de melhorar o desempenho, a produção, elevando a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. Nesse sentido, o planejamento é o instrumento que permite a consolidação dos princípios que regem o SUS, por estar voltado à promoção de melhorias das condições de saúde e vida, o que torna pertinente este estudo de caso.

Diante da importância do planejamento para a consolidação da política de saúde bucal no Brasil, este estudo analisa a articulação entre a teoria e a prática no planejamento em saúde bucal por cirurgiões-dentistas (CDs) e pela gerência da ESF do município de Lages, Santa Catarina.

## MÉTODO

Foi conduzido um estudo de caso, numa abordagem qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas e análise documental do plano municipal de saúde. A pesquisa foi realizada no município de Lages, o qual se situa na serra de Santa Catarina, distante 176,5 Km da capital do estado - Florianópolis. Lages é cidade-polo regional e concentra atividades de referência no comércio, educação e serviços de saúde. A população estimada do município é de 156.737 habitantes.<sup>12</sup>

A rede de serviços da atenção primária é composta por 30 Unidades de Saúde, 38 equipes de ESF e oito equipes do Programa Agentes Comunitários de Saúde. O município conta ainda com um Centro de Especialidade Odon-

tológica (CEO) e um Pronto Atendimento Odontológico 24 horas.

A inclusão da saúde bucal na ESF iniciou-se em 2004, com a implantação de 10 equipes. Atualmente, 32 equipes de saúde bucal integram a Saúde da Família no município, sendo todas, modalidade I, ou seja, constituída por um CD e um auxiliar de saúde bucal.

Participaram deste estudo 23 CDs da Estratégia Saúde da Família (amostra intencional por saturação) e a gerente da ESF. A coleta de dados foi realizada no período de setembro a novembro de 2010, por meio de entrevista semiestruturada norteada por questões sobre o conhecimento do cirurgião-dentista em relação ao tema planejamento e a sua prática na ESF, considerando: (a) entendimento sobre o conceito de planejamento em saúde; (b) momento em que realiza o planejamento; (c) o planejamento em saúde na formação da graduação; (d) preparo para realizar o planejamento; (e) como fazer o planejamento.

Já com a gerência, o roteiro da entrevista contemplou os seguintes aspectos: (a) qual a visão de planejamento em saúde; (b) momento em que identifica como sendo de planejamento; (c) atividades em que os gestores municipais promovem o planejamento, nas quais seria possível a participação dos cirurgiões-dentistas.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente, transcritas e para a sua realização cada entrevistado assinou o termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados foram analisados pelo método de análise de conteúdo de Minayo,<sup>13</sup> buscando estabelecer articulações entre os dados encontrados e os referenciais teóricos.

Na análise documental, foram verificados os registros dos serviços de saúde bucal no PMS de Lages, no período de 2010-2013.<sup>14</sup> Procurou-se identificar assuntos que caracterizavam a saúde bucal como: diagnóstico da realidade (recursos humanos, estrutura física, ações desenvolvidas, dados epidemiológicos, indicadores de saúde bucal), identificação de problemas, definição de metas e definição do modelo assistencial.

Foi realizado um pré-teste com a intenção de identificar dificuldades em relação ao entendimento das perguntas na entrevista. Participaram desta etapa cinco CDs que não fizeram parte da pesquisa e que possuíam experiência prévia na ESF.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), sob o número 031-10.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apontaram para as dimensões do planejamento em saúde bucal na APS, na percepção dos

cirurgiões-dentistas e da gerência local, além da análise do plano municipal. Desse processo, emergiram três categorias: compreendendo a realidade do planejamento em saúde bucal, segundo seus participantes, o olhar sobre as práticas de planejamento e, ausência de articulação entre teoria e prática.

### Compreendendo a realidade do planejamento em saúde bucal segundo seus participantes

Para os CDs, a compreensão sobre planejamento permite a releitura dinâmica da realidade, o que pode indicar um passo teórico importante para o processo de trabalho.

*Agir em forma de melhorar o atendimento da população, conhecendo primeiro a realidade (Entrevista 6).*

*Eu entendo que para a gente planejar a gente precisa, primeiro conhecer a realidade da comunidade, conhecer o perfil epidemiológico, a partir daí tratando o perfil, a partir do conhecimento da realidade da comunidade que a gente vai planejar as ações, em cima das dificuldades que a comunidade apresenta (Entrevista 8).*

As falas sinalizaram a compreensão de que saúde pode ser percebida como ‘o jeito de andar a vida’, forma utilizada por Testa<sup>15</sup> para sinalizar seu entendimento sobre os problemas de saúde, tanto no que diz respeito à organização setorial, como nos problemas sociais complexos. Nesse sentido, compreende-se a necessidade de se conhecer o perfil, a realidade das pessoas, para enfim planejar, pois os problemas de saúde são problemas sociais complexos porque estão relacionados às inúmeras variáveis.<sup>16</sup> Na APS, “um aspecto fundamental é o conhecimento do território, que não pode ser compreendido apenas como um espaço geográfico, delimitado para constituir a área de atuação dos serviços”.<sup>7</sup>

Carvalho et al.<sup>17</sup> afirmaram que o trabalho deve iniciar pelo diagnóstico situacional da realidade, de forma a reproduzir as condições socioeconômico-culturais e epidemiológicas da população da área de abrangência, pois a partir dele, pode-se elaborar um planejamento das atividades, para iniciar a intervenção, elegendo as áreas de maior vulnerabilidade social.

O Brasil Sorridente,<sup>2</sup> entre seus pressupostos para a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal, incluiu a utilização da epidemiologia e das informações sobre o território, subsidiando o planejamento. Propõe, ainda, no ‘Processo de trabalho em saúde bucal’ que a intersetorialidade envolva, no planejamento das ações, os diferentes setores que influenciem na saúde humana. Na ‘Ampliação

e Qualificação da Assistência’, sugere que para maximizar a hora-clínica do cirurgião-dentista, este deve dedicar de 15 a 25% para atividades como o planejamento.

A Portaria nº 648<sup>18</sup> estabeleceu atribuições comuns a todos os profissionais que atuam na ESF, e dentre outras, a de participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis. Como atribuição específica do CD propõe realizar o diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica,<sup>7</sup> capítulo da organização da saúde bucal na AB, o planejamento em saúde cria a possibilidade de se compreender a realidade, os principais problemas e necessidades da população, permitindo elaborar propostas resultando em um plano de ação. Recomenda para subsidiar o planejamento a realização de levantamentos epidemiológicos, levantamento de necessidades imediatas e a avaliação de risco. Compõem o processo de conhecimento do território a realização e atualização de mapas das áreas e cadastro das famílias, identificação de pessoas e famílias em situação de risco e vulnerabilidade, análise situacional da área, visitas domiciliares, análise de indicadores, interlocução como conselho de saúde e escuta da comunidade.

Outra ideia que se destacou, nas falas dos CDs entrevistados, foi o conhecimento das necessidades da população sendo essencial para o planejamento.

*Eu acho que é importante a gente se organizar em relação às necessidades da população [...] então planejar em cima das necessidades da população para gente ter uma eficácia e uma eficiência real nas ações (Entrevista 21).*

Os profissionais de saúde devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, buscando a articulação com os mais variados atores sociais envolvidos na promoção da saúde.<sup>19</sup>

Entretanto, é ainda de forma linear e fragmentada que os depoimentos se seguem enfatizando a “urgência e a consequente falta de planejamento” que, muitas vezes, permeiam as práticas em saúde.

*O que você vai fazer primeiro, o que é mais urgente [...]. Eu faço quando o paciente vem na primeira vez (Entrevista 3).*

Outro ponto importante observado foi a dificuldade dos CDs para conceituar “planejamento em saúde”.

*Seria a organização do plano de tratamento do paciente*

*[...]. Seria isso, é... Um mapa que a gente manda para coordenação, os dias que você vai sair para fazer atividade coletiva, vai fazer visita domiciliar e os dias do atendimento. Além do planejamento que eu acho, individual de cada paciente. Ter uma estratégia de cada paciente, o que você vai fazer. Você organizar o seu plano de tratamento seria a palavra mais correta (Entrevista 11).*

*É mais na primeira consulta assim, é mais a nível individual, não é nem tanto no coletivo é mais na parte individual (Entrevista 17).*

Nesse entendimento do que é planejamento, foi encontrado, também, no estudo de Chaves e Vieira-da-Silva,<sup>20</sup> em que os CDs veem o planejamento como sinônimo de escala mensal de tarefas ou atividades individuais e normativas.

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS<sup>21</sup> define planejamento como a definição de prioridades, mobilização de recursos e vontades em prol de objetivos conjuntamente estabelecidos, em um processo aberto e dinâmico, que oriente o cotidiano da saúde municipal, em seus vários espaços.

Da mesma forma que para os CDs, a concepção de planejamento para a gerência da ESF na prática dos serviços de saúde bucal traz uma visão bastante restrita à organização do atendimento clínico.

*Você tem que planejar que tipo de atendimento você vai fazer, que tipo de material você vai utilizar, qual vai ser o dia que você vai estar parado para fazer uma outra atividade, qual vai ser o dia que você vai fazer o atendimento à população, qual vai ser o dia da reunião da equipe [...] Todos os momentos que a gente tem um cronograma [...]* (Gerência).

Segundo Teixeira,<sup>22</sup> um bom planejamento inclui a formulação e execução dos principais instrumentos de gestão em saúde pública no Brasil. Nascimento et al<sup>23</sup> mencionaram que os gestores locais dos serviços de saúde e os coordenadores municipais de saúde bucal devem atuar com maior intensidade ao definir prioridades em políticas públicas de saúde local.

O Sistema de Planejamento do SUS - PlanejaSUS - definiu elementos e características que visam dotar os gestores, de forma oportuna, e segundo as especificidades de cada esfera de direção, do planejamento de que necessitam para a oferta de ações e serviços capazes de promover, proteger e recuperar a saúde da população. Porém, não basta planejar, um dos objetivos específicos do PlanejaSUS é justamente o de ‘monitorar e avaliar o processo de planejamento, das ações implementadas e dos

resultados alcançados? <sup>24</sup>

As falas dos CDs apresentaram apenas os aspectos clínicos inerentes à profissão de cirurgião-dentista como sendo o momento do planejamento.

*Eu vejo através do exame clínico as necessidades do paciente, o que são as prioridades do paciente e a partir daí eu vou determinando o meu planejamento (Entrevista 19).*

*Na primeira consulta do paciente dá para ter uma visão geral, mas tem algumas situações que no decorrer tu já vai planejando, porque depende muito de paciente, tem paciente que vem na primeira consulta e tu não consegue ver o que tem, não é a maioria, mas acontece (Entrevista 22).*

Esta visão revela ainda o modelo tradicional de formação de recursos humanos caracterizada no paradigma cirúrgico-restaurador, tecnicismo e biologicismo e da prática individualista. <sup>25</sup> Diante desses conceitos, pode-se concluir que não existe um planejamento sistemático, de forma articulada com o político e o técnico-científico na produção dos cuidados. Praticamente, empobrece o sentido mais simples de planejamento, o de ser um instrumento de mudanças de práticas. <sup>15</sup>

Não há um entendimento dos CDs sobre planejamento em equipe, não relacionando com suas atividades enquanto profissional de uma equipe que atua na ESF. Esse fato também foi observado no estudo de Padilha et al. <sup>26</sup> que, quanto ao planejamento, encontraram situações de ausência de qualquer parâmetro, passando por ações exclusivamente individuais e curativas, contudo, vislumbraram propostas consistentes, baseadas na estrutura familiar, no diagnóstico epidemiológico e no risco social. Pereira et al. <sup>27</sup> analisaram a prática odontológica na Unidade Básica de Saúde (UBS), em Feira de Santana, no processo de municipalização e concluíram que o planejamento se dá no nível individual e de forma assistemática.

Pensando nessa questão, não é demais lembrar Mehry, <sup>28</sup> segundo o qual, o planejamento pode ser utilizado como instrumento de ação governamental para a produção de políticas, como instrumento do processo de gestão das organizações e como prática social.

Neste estudo, a análise do Plano Municipal de Saúde verificou a ausência de qualquer informação epidemiológica ou mesmo uma série histórica, que permitisse analisar a situação de saúde bucal, no município de Lages. Com isso, impossibilita-se, conhecer o perfil da distribuição das principais doenças bucais, monitorar riscos e tendências, avaliar o impacto das medidas adotadas, estimar necessidades de recursos para os programas e indicar novos caminhos. <sup>29</sup>

Situação semelhante foi encontrada no estudo de

Chaves e Vieira-da-Silva <sup>20</sup> realizado em dois municípios da Bahia com objetivo de discutir a descentralização da gestão e as características da atenção à saúde bucal. Os autores concluíram que o diagnóstico epidemiológico foi pouco incorporado no planejamento e programação, além de poucas avaliações das ações para verificar seus impactos epidemiológicos.

Outro estudo com dezenove municípios do Rio Grande do Norte classificou apenas um município como satisfatório por ter realizado um diagnóstico epidemiológico e por este ser usado pelos dentistas na ponta do serviço. A maioria dos municípios ou não realiza esse diagnóstico, ou quando o realiza, este não é instrumento de trabalho dos dentistas. <sup>30</sup>

Há um consenso de que a orientação epidemiológica é essencial para o planejamento/avaliação da atenção em saúde oferecida, <sup>10,2,31</sup> o que promoveria um alicerce para a construção das ações de saúde. <sup>32</sup>

A utilização da epidemiologia no SUS está prevista por legislação. Conforme a Lei 8.080, <sup>8</sup> capítulo II, art 7º, o SUS deve obedecer, entre outros princípios à utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática.

Além da ausência de dados epidemiológicos, também não há registros, no PMS, de indicadores que constituam instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde bucal à APS. Segundo a Portaria nº 493/GM, <sup>33</sup> de 10 de março de 2006, os indicadores de saúde bucal são: cobertura de primeira consulta odontológica programática; cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada, média de procedimentos odontológicos básicos individuais e proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais.

Os indicadores apresentados no PMS de Lages não apresentaram parâmetros, como indicadores e dados anteriores e, assim, pouco, auxiliam a gestão. O estabelecimento de parâmetro é necessário à organização das ações e serviços de saúde, promovendo uma ação gerencial mais efetiva, melhorando o planejamento e a qualidade do processo de trabalho às equipes de saúde. <sup>34</sup>

A Portaria nº 1101/GM, de 12 de junho de 2002, é uma referência básica para o estabelecimento desses parâmetros que devem ser adequados à realidade local, às possibilidades de oferta de serviços, aos problemas a serem enfrentados e às demandas dos usuários em cada território. <sup>34</sup>

### **O olhar sobre as práticas de planejamento**

O planejamento cria a possibilidade de se compreender a realidade, os principais problemas e necessidades da

população. A partir desta análise é possível elaborar propostas capazes de solucioná-los, resultando em um plano de ação.<sup>7</sup> Com este olhar, buscou-se, no PMS, evidências do diagnóstico da realidade e, o que se constatou foram informações da evolução do número de equipes de saúde bucal, desde 2004, a cobertura populacional, número de consultas odontológicas e de procedimentos coletivos, do período de 2008 e 2009. Outro ponto importante percebido foi a carência de um aspecto fundamental relativa ao planejamento e à identificação de problemas.

Adicionalmente, o plano de saúde assinala que são desenvolvidas todas as atividades previstas na Portaria nº 648/06 de forma geral e, os programas relacionados à atenção primária (PMS 2010-2013, p.73), descrevendo os procedimentos coletivos em odontologia.

*Estão inclusos orientações quanto a escovação diária e de forma correta, doação dos kit's odontológicos vindos do Ministério da Saúde, aplicação de flúor, orientações quanto a patologias referentes à saúde bucal, teatros, palestras, envolvendo diversos públicos alvo, desde as crianças nas creches até os idosos nos grupos de terceira idade. (PMS, 2010-2013.p.73)*

O Brasil Sorridente<sup>2</sup> aborda que as ações de saúde bucal devem se inserir na estratégia planejada pela equipe de saúde numa inter-relação permanente com as demais ações da unidade de saúde.

Compete ao cirurgião-dentista realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade.<sup>18</sup>

Os serviços de saúde, de um modo geral, precisam ser efetivados na prática. Entretanto, não há visão clara de onde se deseja chegar, cada profissional conduz e realiza suas atividades a sua maneira. Para se ter qualidade nesses serviços o planejamento e os recursos deverão ser utilizados de forma mais eficiente.

Outro enfoque observado foi a definição de metas e do modelo assistencial. A definição de uma meta pressupõe que um planejamento seja realizado, a partir de um conhecimento consistente da situação existente, considerando os recursos disponíveis e a previsão das dificuldades.<sup>27</sup> Por meio da análise documental do PMS, encontrou-se como citação de diretriz específica para a saúde bucal um registro apenas.

*Ampliar os serviços e a qualidade dos atendimentos oferecidos aos cidadãos (referente ao CEO citado no PMS 2010-2013.p.181).*

Esta meta, ao contrário do que se espera, pode desmotivar as equipes por não saber aonde se quer chegar. Uma meta definida com competência e habilidade constitui-se em algo mais que um parâmetro técnico essencial, assim, constitui-se em fator de motivação.<sup>27</sup> O planejamento, ao explicitar objetivos e finalidades, pode favorecer a democratização da gestão e reduzir a alienação dos trabalhadores de saúde nos processos de produção.<sup>35</sup>

O PMS deve contemplar a definição do modelo assistencial que busque a integralidade das ações de saúde bucal, definindo seus níveis de atenção e empregando tecnologia adequada para cada um deles. Assim, apesar das informações dispersas, outro ponto analisado é que com a inserção das ESB, o modelo de atenção em saúde bucal fica caracterizado pelas ações na ESF e no CEO.

Nesse aspecto, o PMS contextualiza o CEO, seu histórico, missão, prioridades para a gestão e, com destaque para as atividades desenvolvidas em que apresenta porcentagem do número de atendimentos especializados (endodontia, periodontia, cirurgia geral, odontopediatria e clínica geral), número de atendimentos de urgência e emergência durante os anos de 2007 a 2009.

A partir dos aspectos discutidos, torna-se possível compreender que o plano de saúde não seria suficiente para configurar um planejamento em saúde bucal, a despeito de não contemplar o diagnóstico da realidade, a identificação de problemas e a definição de metas baseadas na epidemiologia. Se o planejamento é deficiente, pressupõe ausência de programação das ações, de metas de trabalho para as ESB e, uma situação que impossibilita a avaliação. Esses resultados são consoante com o estudo de Presta et al.<sup>9</sup> que analisou os PMS de 27 municípios do estado do Paraná e concluiu que as informações contidas nos PMS apresentam-se insuficientes para o planejamento em saúde bucal.

Vale retomar Matus<sup>36</sup> e sua crítica às propostas tecnocráticas e prescritivas em planejamento e gestão. Para ele, o método serve para guiar a sistematização do conhecimento da realidade, mas não substitui o planejamento do ator, pois é sempre ele quem está lá na ponta. Mas há de ser um ator com conhecimento do problema e capacidade de raciocínio estratégico para melhor encaminhar a sua prática. As complexidades das tarefas cotidianas em saúde bucal também apresentam variáveis difíceis de serem controladas que exigem respostas eficazes, criativas e flexíveis.

### **Ausência de articulação entre teoria e prática**

De acordo com a resolução que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Odontologia, art. 4º, um dos objetivos da formação do

CD é dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício de competências e habilidade geral, como planejar e administrar serviços de saúde comunitária.<sup>30</sup>

Na formação profissional dos CDs, em nível de graduação, o planejamento em saúde pareceu ter pouca ênfase:

*A gente teve alguma coisa, mas não em relação à saúde pública, a gente teve mais dentro da orientação de consultório particular (Entrevista 11).*

O âmbito do planejamento e gestão de ações e serviços de saúde constitui-se em eixo temático estratégico na maioria dos países, mas, lamentavelmente, é muito pequena a ênfase dada a esses assuntos nos programas de ensino e nas atividades de educação profissional permanente. Com isso, perdem as populações que não se beneficiam com os avanços obtidos pela odontologia mundial, como deveriam e merecem.<sup>37</sup> Nesse sentido, parece fundamental a produção científica que se ocupe do planejamento e gestão como objeto de conhecimento, incluindo, a importantíssima dimensão da avaliação.

Tanto as instituições empregadoras quanto as formadoras de recursos humanos deveriam orientar suas respectivas missões institucionais para a efetiva implantação e desenvolvimento do SUS, imprescindível para a alteração, em abrangência e profundidade, do perfil epidemiológico. No caso do curso de graduação em Odontologia, ter como referência as indicações contidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais do referido curso.<sup>37</sup>

Compete ao Ministério da Saúde articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares, nos cursos de graduação na área da saúde, em especial, os de medicina, enfermagem e odontologia, visando à formação de profissionais com perfil adequado à APS, objetivando a formação de profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

A efetivação das ações da APS depende, fundamentalmente, de uma sólida política de educação permanente, capaz de produzir profissionais com habilidades e competências que lhes permitam compreender e atuar no SUS com competência técnica, espírito crítico e compromisso político.<sup>7</sup>

Para Cardoso et al.,<sup>38</sup> o maior desafio está na mudança da atitude profissional em saúde bucal coletiva, principalmente, com o fato de assumir um compromisso de planejar e desenvolver ações que visem à promoção da saúde e prevenção de doenças da família em seu espaço social, e que isso só se dará por meio da apreensão de conhecimentos necessários ao exercício dessa nova prática e assim, permitir a inclusão social da população em todos os

níveis de atenção do SUS.

De acordo com Zanetti,<sup>39</sup> no âmbito do SUS, além das ações clínicas, existem as ações extraclínicas, que ‘exigem’ do cirurgião-dentista habilidades para lidar com as escolhas e com as ações em âmbito coletivo. Assim, a possibilidade de realizar a prática odontológica para além dos limites do consultório implica em mudanças no sujeito do trabalho odontológico, quando a ação isolada do cirurgião-dentista vem cedendo lugar à da equipe de saúde bucal.<sup>40</sup>

O planejamento é essencial na gestão do SUS, tendo por objetivo uma ação contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Podem ser adotadas várias metodologias, em sua elaboração, mas o planejamento municipal deve ser sempre um processo participativo, envolvendo trabalhadores e usuários, além de ascendente, ou seja, partindo das Unidades de Saúde e da leitura das necessidades de cada território.<sup>21</sup>

Sobre este enfoque, percebe-se que a visão da gestão é normativa quanto à participação dos CDs no planejamento local.

*Não sei se eles (dentistas) vão participar de algum planejamento diretamente com a secretaria, eles participam sim indiretamente, porque eles planejam lá dentro da Unidade o que eles vão fazer. Não deixa de ser um planejamento e não deixa de ser dentro da Secretaria (Gerente da ESF).*

Observando com cuidado o conceito de planejamento de Mintzberg,<sup>41</sup> como procedimento formal para produzir um resultado articulado, na forma de um sistema integrado de decisões, pode-se depreender que o planejamento não pode ser responsabilidade específica de um setor. Ele é responsabilidade de uma ação conjunta e serve para orientar a implementação das decisões tomadas por vários setores.

Segundo Reis e Hortale,<sup>42</sup> é necessário o redirecionamento do processo de trabalho devido às novas competências exigidas do trabalhador de saúde, iniciando-se, então, a discussão sobre a formação de recursos humanos para o SUS, em particular o profissional que atua na ESF e o papel que a supervisão deve assumir, a qual tem como objetivo geral dar suporte técnico às equipes com a finalidade de garantir que a implantação e manutenção do programa se façam totalmente.

No estudo realizado, foram identificadas práticas mais flexíveis e até informais. De um modo geral, as práticas de planejamento não são estruturadas e nem sempre asseguradas por uma fundamentação teórica ou ferramentas metodológicas claras.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados demonstraram que a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS se apresenta de forma desarticulada ao processo de organização dos demais serviços de saúde, devido à ausência de planejamento em saúde.

Tanto os cirurgiões-dentistas quanto a gerência veem o planejamento como sinônimo de plano de tratamento do paciente, bem como uma escala de tarefas ou atividades individuais e normativas.

Quanto ao plano municipal de saúde, preocupa o desconhecimento da gestão a respeito da importância do planejamento para o enfrentamento das necessidades de saúde bucal da população. Há evidência de que a odontologia ainda tem um papel pouco expressivo no planejamento da saúde do município de Lages.

O plano abordado não seria suficiente para configurar um planejamento em saúde bucal, tendo em vista que não contempla aspecto como o diagnóstico da realidade, identificação de problemas e definição de metas baseadas na epidemiologia. Se o planejamento é deficiente, pressupõe ausência de programação das ações, de metas de trabalho para as ESB e, uma situação que impossibilita a avaliação.

Com o planejamento em saúde bucal pouco sistematizado, as ações de saúde ainda são limitadas e exigem uma articulação entre os preceitos do SUS e uma prática de planejamento que legitime e fortaleça o trabalho das equipes de saúde da família.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Brasília; 2000.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004. [Citado 2010 dez. 10]. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/cisb/doc/politica\\_nacional.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf)>.
3. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 11). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
4. Evangelista OP. Orientações básicas para o processo de planejamento em saúde. Saúde em Debate; 1994 set.; (44).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 267/GM, de 6 de março de 2001. Brasília; 2001.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica – Brasília; 2006.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal – Caderno de Atenção Básica; 17. Brasília: Editora MS; 2008. 92 p.
8. Brasil. Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília; 1990.
9. Presta AA, Saliba O, Gardin CAS. A saúde bucal nos planos municipais de saúde – análise da 8ª regional de saúde do estado do Paraná. RFO. 2007 jan./abr.; 12(1):27-31.
10. Manfredini MA. Planejamento em saúde bucal. In: Pereira AC et al. Odontologia em Saúde Coletiva: Planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed Editora; 2003.
11. Tancredi FB, Barrios SRL, Ferreira JHG. Planejamento em saúde. São Paulo: Editora IDS/USP Banco Itaú; 1998.
12. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão IBGE. Brasília, 2010 [Citado 2011 jan. 14]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
14. Lages. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde. Lages; 2010-2013.
15. Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda; 1992.
16. Giovanella L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 1990; 6(2): 129-153. [Citado 2010 dez. 22]. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1990000200003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000200003&lng=en). doi: 10.1590/S0102-311X1990000200003>.
17. Carvalho DQ, Ely HC, Paviani LS, Corrêa PEB. A



dinâmica da equipe de saúde bucal no programa saúde da família. Porto Alegre: Boletim da Saúde. 2004 jan./jun.; 18(1).

18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Brasília; 2006.

19. Ribeiro LCC, Ribeiro M, Dias KS, Matos KA, Ferreira TS. O diagnóstico administrativo e situacional como instrumento para o planejamento de ações na Estratégia Saúde da Família. *Cogitare Enfermagem*. 2008 jul./set.; 13(3):448-52.

20. Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2007 mai.; 23(5):1119-113 [Citado 2011 jan. 10]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n5/14.pdf>>.

21. Brasil. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde Distrito Federal. Reflexões aos novos gestores municipais de saúde – Brasília: CONASEMS; 2009. 200p.

22. Teixeira C. Planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS; 2004.

23. Nascimento AC, Moyses ST, Bisinelli JC, Moyses SJ. Saúde bucal na estratégia de saúde da família mudança de práticas ou diversionismo semântico. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43(3): 455-462. [Citado 2010 dez. 12]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/6910.pdf>>.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização/Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 318 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

25. Almeida AB, Alves MS, Leite ICG. Reflexões sobre os desafios da odontologia no Sistema Único de Saúde. *Rev. APS, Juiz de Fora*. 2010 jan./mar; 13(1):126-132 [Citado 2010 maio 27]. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewFile/531/304>>.

26. Padilha WWN, Valença AMG, Cavalcanti AL, Gomes LB, Almeida RVD, Taveira GS. Planejamento e Programação Odontológicos no Programa Saúde da Família do Estado da Paraíba: Estudo Qualitativo. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2005 jan./abr.; 5(1):65-74.

27. Pereira DQ, Pereira JCM, Assis MMA. A prática odon-

tológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2003; 8(2):599-609. [Citado 2011 abr. 06]. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000200020&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200020&lng=en)>.

28. Merhy EE. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em planejamento em saúde no Brasil, p.117-194. In: E Gallo organizador. *Razão e Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade*. Hucitec/Abrasco, São Paulo, Rio de Janeiro; 1995.

29. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. [Citado 2010 abr. 17]. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12991:diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao-&catid=323:orgaos-vinculados](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12991:diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao-&catid=323:orgaos-vinculados)>.

30. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no programa saúde da família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. Saúde Pública*. 2007 nov.; 23(11):2727-2739.

31. Patussi MP, Costa JSD, Tomita NE. O uso da epidemiologia nos serviços de atenção à saúde bucal. In: Antunes JLF, Peres, M.A. *Fundamentos da Odontologia: epidemiologia da saúde bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.323-334.

32. Rodrigues AAAO, Fonseca GS, Siqueira DVS, Assis MMA, Nascimento MAA. Práticas da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família e a construção (des)construção da integralidade em Feira de Santana – BA. *Rev. APS, Juiz de Fora*. 2010 out./dez.; 13(4):476-485. [Citado 2010 mai. 27] Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/1016/393>>.

33. Brasil. Ministério da Saúde Portaria nº 493/GM, de 10 de março de 2006. Brasília; 2006.

34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1101/GM, de 12 de junho de 2000. Brasília; 2000.

35. Paim JS. Planejamento em saúde para não especialistas. In: Gastão WSC, et al. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed Fiocruz; 2006.

36. Matus C. Política, Planejamento e Governo. Ipea, Bra-

sília; 1993.

37. Narvai PC. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

38. Cardoso DG, Araújo IC, Pena LC, Costa TM. Atuação da equipe de saúde bucal no programa saúde da família em Belém – Pará, 2007. [Citado 2010 nov. 27]. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=717>>.

39. Zanetti CHG. Odontologia: habilidades e escolhas. 2001. [Citado 2011 jan. 14]. Disponível em: <<http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/mercado/estrutural/habilidades.htm>>.

40. Narvai PC. Recursos Humanos para Promoção da Saúde Bucal. In: Kriger L, et al. ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal. São Paulo: Editora Artes Médicas; 1999. p. 448-463.

41. Mintzberg H. Ascensão e queda do planejamento estratégico. Porto Alegre: Bookman; 2004.

42. Reis CCL, Hortale VA. Programa Saúde da Família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte. Cad Saúde Pública. 2004 mar./abr.; 20(2):492-501. [Citado 2011 jan. 10]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/17.pdf>>.

---

Submissão: setembro/2012

Aprovação: novembro/2012

---