



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ALDIVAN DIAS DE OLIVEIRA JÚNIOR**

**CONHECIMENTO SOBRE PLANEJAMENTO EM SAÚDE DOS CIRURGIÕES-  
DENTISTAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE  
FORTALEZA - CEARÁ**

**FORTALEZA – CEARÁ  
2020**

ALDIVAN DIAS DE OLIVEIRA JÚNIOR

CONHECIMENTO SOBRE PLANEJAMENTO EM SAÚDE DOS CIRURGIÕES-  
DENTISTAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE  
FORTALEZA - CEARÁ

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção da titulação de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da família.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Liza Barreto Vieira.

FORTALEZA – CEARÁ

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Oliveira Júnior, Aldivan Dias de .

Conhecimento sobre planejamento em saúde dos cirurgiões-dentistas da estratégia saúde da família do município de Fortaleza - Ceará [recurso eletrônico] / Aldivan Dias de Oliveira Júnior. - 2020

Um arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 119 folhas.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2020.

Área de concentração: Saúde da família.

Orientação: Prof.ª Dra. Liza Barreto Vieira..

1. Planejamento em Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Cirurgião-Dentista. I. Título.

ALDIVAN DIAS DE OLIVEIRA JÚNIOR

CONHECIMENTO SOBRE PLANEJAMENTO EM SAÚDE DOS CIRURGIÕES-  
DENTISTAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE  
FORTALEZA – CEARÁ

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção da titulação de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da família.

Aprovado em: 29 de setembro de 2020

BANCA EXAMINADORA



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Liza Barreto Vieira (Orientadora)

Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dulce Maria de Lucena Aguiar

Universidade de Fortaleza - UNIFOR



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Patricia Pereira Morais

Universidade Estadual do Ceará - UECE

Aos amigos e colegas cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza que realizam seus processos de trabalho dentro de práxis social de grandes contrastes e desafios para ofertar à população um Sistema de Saúde universal e de qualidade.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela minha vida, pelas constantes oportunidades, provações, desafios e conquistas alcançadas.

À Nossa Senhora, de quem sou devoto, que acolhe as minhas orações em momentos difíceis de aflição, mas também de vitórias e alegrias.

À minha mãe, Dalvanira Laura (In Memoriam), pelo amor dado a mim em vida, sendo meu exemplo de trabalho, fé e dignidade como servidora pública, professora e de mãe.

À minha família, começando pelo meu pai Aldivan Dias, que me apoiou e torceu por minha formação.

Às minhas irmãs Kalina, Kélen e Katiane que ajudaram e participaram de minha formação.

Aos tios e primos pelo constante incentivo e apoio, principalmente à minha madrinha Tia Rita.

À minha orientadora, profa. Dra. Liza Barreto Vieira, pelo empenho, disponibilidade e enorme paciência na construção, lapidação do resultado do meu processo de aprendizagem.

Às professoras doutoras da banca, Dulce Maria de Lucena Aguiar e Ana Patrícia Pereira Moraes, por terem acolhido o convite dessa construção social e pedagógica, com seus atributos de relevo na qualificação e na conclusão da dissertação do Mestrado.

À Coordenação do Mestrado: Profa. Dra. Ana Patrícia Moraes, pela leveza e conduta ética no sonho/realidade de construção do Sistema Único de Saúde de qualidade pela vertente da formação; Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães, pelo compromisso de mostrar a “Luz” forte, ardente e reveladora do conhecimento da saúde da família, pela sua enorme bagagem teórica e, sobretudo, pela vivência na linha de pesquisa do Mestrado. Queridos docentes, que foram imprescindíveis à realização deste projeto.

Às universidades públicas, em especial a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) pela graduação e a Universidade Estadual do Ceará (UECE) pelo Mestrado Profissional, agradeço a formação pautada na ética, excelência na atenção à saúde, respeito à vida e compromisso na dignidade humana.

Ao meu amigo Lizaldo Maia que me incentivou desde o processo seletivo até a minha dissertação.

Às minhas amigas Emiliana Lira e Dione Cavalcante, servidoras do município e integrantes da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, sempre companheiras, com carinho peculiar de cada uma delas.

Aos docentes e discentes do Mestrado Profissional em Saúde da Família que ajudaram a construir o conhecimento através de metodologias ativas, de forma democrática e respeitosa.

## RESUMO

Essa pesquisa teve como objetivo avaliar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas acerca do planejamento em saúde bucal no âmbito da Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza – Ceará. A busca desse conhecimento se fundamentou no referencial da atribuição específica do cirurgião-dentista da atenção primária à saúde de planejar as ações e estratégias para melhoria das condições de saúde bucal de um território e uma população de sua responsabilidade sanitária. A pesquisa quantitativa envolveu revisão bibliográfica e aplicação de um formulário eletrônico enviado por e-mail para cirurgiões-dentistas que estão na Estratégia Saúde da Família da capital cearense, distribuídos nas seis secretarias regionais do município. Um projeto piloto foi realizado num momento antecedente para identificação de possíveis falhas e/ou má interpretação dos questionamentos do instrumento. Os dados da pesquisa foram analisados descritiva e inferencialmente com tratamento estatístico. A pesquisa foi realizada entre os meses de junho e setembro de 2019 com todos os cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família. Participaram da pesquisa 155 cirurgiões-dentistas correspondendo a 61,3% da população desses profissionais, sendo 72,3% (n=112) do sexo feminino, média de 42,6 anos, tempo de formação em média de 19,3 anos e 65,2% (n=101) especialistas. 59,4% (n=92) não realizam o planejamento em saúde, 55,5% (n=86) têm bom conhecimento sobre a temática, 76,8% (n=119) consideram alta a importância, 60,7% (n=94) não utilizam instrumento de gestão e 57,4% (n=89) não utilizam indicadores de saúde no planejamento e/ou não sabem responder. Conclui-se que a prática do planejamento em saúde ainda é incipiente pelo cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família. O estudo permitiu a compreensão do conhecimento de planejamento em saúde e a identificação de facilidades e potencialidades do planejamento em saúde bucal do profissional dentista na Estratégia Saúde da Família.

**Palavras-chave:** Planejamento em Saúde. Estratégia Saúde da Família. Cirurgião-Dentista.

## ABSTRACT

In this quantitative study we evaluated dental surgeons' knowledge of public oral health planning within the Family Health Strategy (ESF) in Fortaleza, a state capital in Northeastern Brazil. Primary care dental surgeons are responsible for planning actions and strategies for the improvement of the oral health of the population in a given territory. Information was collected through a review of the literature and by e-mailing a questionnaire to all the dental surgeons working for the ESF in the six sub-prefectures of the city, covering the period June-September 2019. Previously, a pilot of the questionnaire was conducted to identify possible difficulties with interpretation. The collected data were submitted to descriptive and inferential statistics. Responses were obtained from 155 dental surgeons (61.3%), of whom 72.3% (n=112) were female. The average age in the sample was 42.6 years, the average time from graduation was 19.3 years, and 65.2% (n=101) were specialists. More than half (59.4%; n=92) reported not making health planning, 55.5% (n=86) considered their knowledge of health planning good, 76.8% (n=119) considered planning very important, 60.7% (n=94) did not use management tools, and 57.4% (n=89) did not use health indicators in their planning and/or could not answer. In conclusion, the practice of health planning among dental surgeons of the ESF is still embryonic. The study made it possible to estimate dental surgeons' knowledge of public oral health planning and identify physical and human resources favoring the adoption of this practice.

**Keywords:** Health planning. Family Health Strategy (ESF). Dental surgeon.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 –</b>	<b>A cobertura da Equipe de Saúde Bucal nas dez maiores capitais do Brasil. Considerando uma ESB para uma população de 3.500 pessoas.....</b>	<b>44</b>
<b>Tabela 2 –</b>	<b>Distribuição das características relacionadas ao perfil dos participantes pesquisados, Fortaleza-CE, 2019.....</b>	<b>55</b>
<b>Tabela 3 –</b>	<b>Distribuição das características relacionadas ao perfil do planejamento e da gestão dos pesquisados, Fortaleza-CE, 2019.....</b>	<b>57</b>
<b>Tabela 4 –</b>	<b>Análise bivariada sobre Planejamento em Saúde pelo CD da atenção primária à saúde. Fortaleza-CE, 2019.....</b>	<b>64</b>
<b>Tabela 5 –</b>	<b>Análise bivariada sobre Planejamento em Saúde pelo CD da atenção primária à saúde e fatores contribuem para execução das ações planejadas na UAPS. Fortaleza-CE, 2019.....</b>	<b>66</b>
<b>Tabela 6 –</b>	<b>Análise bivariada sobre Planejamento em Saúde pelo CD da atenção primária à saúde que dificulta as ações planejadas na UAPS. Fortaleza-CE, 2019.....</b>	<b>68</b>

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1 –</b>	<b>Ciclo da Política.....</b>	<b>40</b>
<b>Figura 2 –</b>	<b>A estrutura operacional das redes de atenção à saúde.....</b>	<b>42</b>
<b>Figura 3 –</b>	<b>Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) .....</b>	<b>43</b>
<b>Figura 4 –</b>	<b>Distribuição dos bairros e Secretarias Regionais de Fortaleza, CE.....</b>	<b>49</b>
<b>Gráfico 1 –</b>	<b>Percentual de pesquisados acerca da realização do planejamento em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde, Fortaleza-CE, 2019.....</b>	<b>56</b>
<b>Gráfico 2 –</b>	<b>Percentual de fatores que influenciam a não realizar o planejamento em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde, pelos pesquisados Fortaleza - CE, 2019.....</b>	<b>60</b>
<b>Gráfico 3 –</b>	<b>Percentual de pesquisados que indicaram quais são os fatores que influenciaram a não realização do levantamento epidemiológico em saúde bucal na sua equipe, Fortaleza-CE, 2019.....</b>	<b>63</b>
<b>Quadro 1 –</b>	<b>Evolução dos indicadores de saúde bucal pactuados nos instrumentos nacionais de monitoramento e avaliação do SUS de 2003-2013.....</b>	<b>34</b>
<b>Quadro 2 –</b>	<b>Os cirurgiões-dentistas (CD) das equipes Saúde da Família distribuídos nas seis Coordenadorias Regionais nas Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza.....</b>	<b>51</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
CD	Cirurgião-Dentista
CENDES-OPAS	Centro de Estudos do Desenvolvimento/ Organização Pan-Americana da Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EACS	Equipe de Agentes Comunitários de Saúde
ENATESPO	Encontro Nacional de Administradores e técnicos do Serviço Público Odontológico
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPCE	Escola de Saúde Pública do Ceará
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superiores
LRPD	Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso Ambulatorial Básico
PAS	Programação Anual de Saúde
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PES	Planejamento Estratégico Situacional

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PPI	Programação Pactuada Integrada
PPLS	Planejamento e Programação Local em Saúde
PS	Plano de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENASF	Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família
RIPSA	Rede Interagencial de Informação para a Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SB BRASIL	Pesquisa Nacional de Saúde Bucal
SBC	Saúde Bucal Coletiva
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SESP	Serviços Especiais de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>20</b>
<b>3.1</b>	<b>Geral.....</b>	<b>20</b>
<b>3.2</b>	<b>Específicos.....</b>	<b>20</b>
<b>4</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>21</b>
<b>4.1</b>	<b>Planejamento em saúde: dimensões, história teórico- conceitual e metodológica.....</b>	<b>21</b>
<b>4.2</b>	<b>Atenção à saúde bucal: dimensão da política, organização dos serviços e a formação do cirurgião-dentista no brasil.....</b>	<b>27</b>
<b>4.3</b>	<b>O planejamento da saúde bucal na atenção primária: perspectivas e desafios apontados na experiência brasileira....</b>	<b>32</b>
<b>4.4</b>	<b>Fortaleza e saúde bucal: avanços e desafios na atenção primária .....</b>	<b>37</b>
<b>5</b>	<b>CAMINHO METODOLÓGICO.....</b>	<b>48</b>
<b>5.1</b>	<b>Tipo de estudo.....</b>	<b>48</b>
<b>5.2</b>	<b>Cenário de estudo.....</b>	<b>48</b>
<b>5.3</b>	<b>Dados da pesquisa.....</b>	<b>51</b>
<b>5.3.1</b>	<b>Participantes/População da pesquisa.....</b>	<b>51</b>
<b>5.4</b>	<b>Método de coleta e análise.....</b>	<b>52</b>
<b>5.4.1</b>	<b>Projeto Piloto.....</b>	<b>52</b>
<b>5.4.2</b>	<b>Coleta dos Dados.....</b>	<b>52</b>
<b>5.4.3</b>	<b>Análise dos Dados.....</b>	<b>53</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....</b>	<b>54</b>
<b>7</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>55</b>
<b>8</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>71</b>
<b>9</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>83</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>86</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>96</b>
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE ANUÊNCIA.....</b>	<b>97</b>

<b>APÊNDICE C – FORMULÁRIO ELETRÔNICO.....</b>	<b>98</b>
<b>ANEXO A - GABINETE DA SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE FORTALEZA.....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>118</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No final dos anos 70 e início da década de 80, ocorreu um processo de democratização no Brasil reflexo e consequência das crises sociais e econômicas nesse período. Surgia o Movimento da Reforma Sanitária na luta democrática de projeto de Estado Social, com engajamento de atores sociais, em oposição ao pensamento liberal econômico dos setores da saúde e da previdência na época do período ditatorial (FLEURY, 2009).

A organização do setor de saúde no Brasil era profundamente dicotômica no período pós-64. A assistência à saúde era efetivada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social para trabalhadores que contribuíram com a previdência, usavam carteiras do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ou através do desembolso direto ao prestador de saúde. A prevenção e o combate às endemias ficava sob responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) que não estabelecia qualquer articulação das ações (BLEICHER, 2004).

À luz da Constituição Brasileira, define-se “*saúde como direito de todos e dever do estado*” e cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi regulamentado em 1990 pelas Leis Orgânicas da Saúde, a 8080/90 e a 8142/90 que surgem como resultado de um amplo debate em torno do movimento da Reforma Sanitária (BRASIL, 1997; CORDEIRO, 2004).

Em busca de melhorar a ampliação do acesso à assistência, como estratégia de garantir a universalidade, foi lançado nacionalmente, em 1994, um modelo de organização da Atenção Primária à Saúde (APS), o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) (BARRETO et al., 2006; BRASIL, 1997).

No ano de 1998, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstrou que 19,20% da população não tinha acesso ao cirurgião- dentista pela Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios – PNAD (IBGE, 2000). O acesso aos serviços odontológicos no Brasil corrobora a evidenciação da desigualdade social e de renda, refletindo a desigualdade à saúde da população brasileira (BARROS e BERTOLDI, 2002; ROCHA; GOES, 2008).

Na perspectiva de implantar a atenção à saúde bucal no âmbito da APS, de modo integrado com a Estratégia Saúde Família, o Ministério da Saúde lançou no

final do ano 2000 a portaria ministerial nº 1.444 que criava a Equipe de Saúde Bucal (ESB). Foi a inserção da Odontologia no PSF, com duas modalidades e com variações dos incentivos financeiros: modalidade 1, composta por um cirurgião-dentista (CD) e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e a modalidade 2, composta por um CD, um ASB e um Técnico de Saúde Bucal (TSB) (BRASIL, 2000).

A transformação do PSF em Estratégia Saúde da Família (ESF) se materializou na Portaria nº 648 / GM de 2006, conforme a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). As equipes de saúde da família são compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde e as equipes de saúde bucal (ESB) podendo fazer parte ou não da composição das equipes (BRASIL, 2006).

Ainda nessa perspectiva de organização dos serviços de saúde bucal no SUS, em 2004, surge a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) denominada Brasil Sorridente, que além de fortalecer a saúde bucal na APS reafirmando os princípios e diretrizes do SUS, veio estruturar os serviços secundários mediante a indução e fortalecimentos dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO (BRASIL, 2004a).

Nesse sentido, enfatiza-se o papel dos Levantamentos Epidemiológico em Saúde Bucal que traçaram um diagnóstico e um perfil das condições de saúde bucais mais prevalentes da população brasileira e que contribuíram paralelamente na organização dos serviços de saúde bucal no SUS de acordo com as necessidades apresentadas pela população (BRASIL, 2004b).

Diante disso, faz-se necessário o enfrentamento dos principais problemas bucais diagnosticados como a cárie, as doenças periodontais, as maloclusões e o edentulismo para garantir a integralidade em saúde (LUCENA; PUCCA JÚNIOR; SOUSA, 2011) e o planejamento em saúde bucal na estratégia saúde da família pode contribuir sobremaneira no enfrentamento dessas condições.

Nesse aspecto, uma das atribuições do cirurgião-dentista na ESF é a realização do diagnóstico em saúde bucal da sua população adscrita com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para a realização do planejamento e avaliação das ações de saúde bucal (BRASIL, 2006).

Segundo Souza e Roncalli (2007), a vigilância em saúde bucal pode subsidiar a programação e o planejamento em saúde do território. Contudo, observa-

se que no Brasil a ferramenta da epidemiologia em saúde bucal está inserida em contextos secundários no processo de trabalho do cirurgião-dentista e com caráter incipiente, visto que muitos profissionais não a utilizam.

Os dados resultantes de inquéritos epidemiológicos podem servir de substrato no planejamento e programação das ações de saúde bucal. A fragilidade do uso da epidemiologia pelo cirurgião-dentista é latente nos modelos assistenciais (RONCALLI, 2006), bem como, no planejamento em saúde bucal.

Antunes e Narvai (2010) ressaltam que as intervenções em saúde pública para admitir a universalização dos serviços ou para equacionar recursos adicionais aos grupos com maiores necessidades, quando são introduzidas sem o planejamento estratégico, acabam exercendo o efeito indesejável de ampliar as desigualdades em saúde.

O planejamento em saúde foi decisivo para a implementação da PNSB em todo território nacional. Contudo, o levantamento epidemiológico em saúde bucal de 2010 reafirma a existência de vários “Brasis” de realidade epidemiologicamente diferentes inter-macrorregião do país (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) e até mesmo, dentro da própria região, muito em parte devido ao Brasil ser um país continental e com grande extensão territorial (BRASIL, 2012).

O planejamento em saúde bucal pelo cirurgião-dentista da ESF abordando os aspectos das teorias de planejamento em saúde, os elementos ou dados que alicerçam essa prática, os atores envolvidos e suas ações realizadas são orientadas pelo plano municipal de saúde vigente. Todavia, a interação da teoria (plano) e a prática (ação do cirurgião-dentista da ESF) está dissociada das necessidades de saúde bucal da população (SÁ et al, 2015).

Essa pesquisa tem a intenção de contribuir para o aperfeiçoamento da prática do planejamento em saúde pelo cirurgião-dentista da ESF. Nesse sentido, a pesquisa torna-se relevante por enfatizar o planejamento em saúde bucal em nível local como uma ferramenta potente na transformação da realidade dos serviços de saúde.

Segundo Vieira (2009), quando não há a realização de planejamento, as ações são executadas por inércia e os profissionais e serviços de saúde funcionam de forma desarticulada, fragmentada e desordenada.

## 2 JUSTIFICATIVA

No período de 2001 a 2004, fui um dos primeiros dentistas das Equipes de Saúde Bucal do PSF do estado do Ceará no município de Iguatu, em pleno governo Fernando Henrique Cardoso, com a implantação de uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) para duas equipes de saúde da família. Isso produziu grandes dificuldades na efetivação do direito à saúde bucal para população: a histórica demanda reprimida para saúde bucal, a inclusão tardia dos profissionais de saúde bucal no PSF, prejudicando a integração com os membros da equipe, além das realidades distintas de dois territórios e transposição da gestão do modelo da odontologia tradicional, com algumas melhorias na área da promoção da saúde com atuação nas escolas e nas creches. Nesse município, participei em 2003 do Levantamento Epidemiológico em saúde bucal, SB Brasil, mediante convênio formado entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a Secretaria Estadual de Saúde.

No período de 2005 a 2008, trabalhei no município de Acopiara (CE), onde exerci simultaneamente os cargos de Coordenador de Saúde Bucal municipal e dentista da ESF. Nesse período houve a implantação do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) devido a uma consultoria em saúde que assessorava os municípios da região centro sul do estado do Ceará, com seus “pacotes prontos” para captação de recursos financeiros, junto ao Ministério da Saúde, sem o diálogo para planejar o serviço para a população.

Nesse íterim, fui selecionado pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESPCE) como facilitador do Curso de Técnico de Higiene Dental na microrregião de Iguatu. Esse curso promoveu uma mudança de patamar junto às ESF da região, pois as auxiliares de saúde bucal tiveram a oportunidade de qualificação e de capacitação dentro do seu cotidiano de trabalho no SUS. Uma satisfação desse curso foi o fato de uma aluna ter passado no concurso público da Faculdade de Odontologia (Campus de Sobral) da Universidade Federal do Ceará para exercer essa função de técnico.

Em dezembro de 2008, assumi através do concurso público o cargo de cirurgião-dentista da ESF no município de Fortaleza. Aqui, vivenciei uma estrutura avançada e consolidada da política Brasil Sorridente que se materializava na educação permanente de saúde bucal, no desenvolvimento da rede de serviços de saúde bucal, tanto nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) como também

nos CEOs, na vigilância em saúde bucal, na vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, nos fluxos e protocolos para assistência em saúde e na cogestão, atuação nos Núcleos de Saúde Bucal nas regionais de saúde.

Entre 2013 a 2018, atuei como gestor de UAPS. Nesse contexto, acrescenta-se o desafio de desenvolver as atividades inerentes à gerência dos serviços de saúde, em que no escopo destas atividades, encontra-se o planejamento das ações de saúde bucal. Observa-se que na operacionalização do processo de trabalho, as equipes, inclusive as de saúde bucal, devem participar da territorialização, da análise de situação de saúde no território e principalmente do planejamento das ações e serviços. Ademais, entende-se que numa lógica de planejamento ascendente, conforme estabelecido para o SUS (BRASIL, 2018), as equipes de atenção primária devem participar da construção do plano municipal de saúde e, ao mesmo tempo, executar no território as diretrizes e ações programadas de acordo com a realidade local.

No início de 2019, retornei para assistência como cirurgião-dentista da ESF de Fortaleza no bairro da Serrinha, onde a vivência e a experiência de profissional de saúde com limitações da estrutura e de organização do serviço nos obrigam a adaptação e a modelagem da realidade do município para prestar uma atenção de qualidade.

Com base nessas considerações, acrescidas da experiência de formação no Mestrado Profissional em Saúde da Família, na linha de atenção e gestão do cuidado, deparei-me com a necessidade de demarcar um objeto de estudo. Nesse sentido, foi eleito o planejamento no âmbito da saúde bucal. Contudo, partiu-se de alguns questionamentos levantados do cotidiano da minha prática profissional, dentre estes destacam-se: Quais as concepções de planejamento em saúde dos cirurgiões-dentistas que atuam na atenção primária do município de Fortaleza? Como é realizado o Planejamento em saúde bucal pelas Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família? De que modo os dentistas participam/contribuem com o planejamento da atenção à saúde bucal no seu território? Os dentistas compreendem suas ações como implementação do plano municipal de saúde? Quais são as principais potencialidades e desafios enfrentados pelas equipes e como eles se organizam em sua prática cotidiana? Quais os fatores que dificultam ou facilitam o planejamento em saúde bucal na ESF no município de Fortaleza?

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Avaliar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas acerca do planejamento em saúde bucal realizado na ESF do município de Fortaleza (CE).

#### **3.2 Específicos**

- a) Identificar o conhecimento desses profissionais em relação aos aspectos do planejamento em saúde bucal na ESF;
- b) Compreender a prática do planejamento em saúde bucal realizado por esses profissionais na ESF;
- c) Verificar as fragilidades e potencialidades do planejamento em saúde bucal realizado por esses profissionais na ESF.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 Planejamento em saúde: dimensões, história teórico-conceitual e metodológica

A condição humana de pensar traz consigo o englobamento e articulação da razão e da sensibilidade para o enfrentamento de problemas ou situações atuais e/ou futuras no trabalho e no seu cotidiano, no ato de planejar (MELLEIRO; TRONCHIN; CIAMPONE, 2005).

O planejamento é uma ferramenta fundamental que consiste em alcançar objetivos, traçar metas através de um método de planejamento, com a participação dos atores envolvidos, dialogando e compartilhando a compreensão de um problema ou situação, formulando e implementando um plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

No início do século XX, os primeiros países utilizaram planos para resolver as demandas da população de oferta e produção de bens de consumo. Esses formaram os países socialistas da então União das Repúblicas Socialistas Soviéticas na substituição do mercado. Após a II Guerra Mundial, países capitalistas europeus, influenciados pelo economista Jonh M. Keynes, promoveram seus planos direcionados ao setor da economia (GIOVANELLA, 1991).

No Brasil, no período de 1948 a 1978, houve os planos dos governos brasileiros voltados principalmente aos aspectos das Ciências Econômicas: orçamento, controle inflacionário, desenvolvimento econômico do país. No governo do general Ernesto Geisel, houve o primeiro enfoque do planejamento no Brasil para o setor social, com relevância ao setor saúde, devido ao “Milagre Econômico”: crescimento industrial, rápida urbanização com intensas migrações e a deterioração das condições de vida de grande parte da população durante o Plano Nacional de Desenvolvimento II (TEIXEIRA, 2010).

Na década de 60, em plena Guerra Fria, o governo americano do então presidente Kennedy promoveu uma proposta de Aliança para o Progresso nos países da América Latina com objetivo de realizar o desenvolvimento e planejamento econômico nos setores da Economia e da Saúde, tendo como pano de fundo a garantia da internacionalização do capital nesses países. Resultando assim, a

utilização do método de planejamento pela Organização Pan-Americana da Saúde, idealizado pelo Centro de Estudos do Desenvolvimento pela Universidade Central da Venezuela (CENDES-OPAS) (ALMEIDA, 2006).

O documento dessa proposta de Aliança para o Progresso na sua escrita trouxe no seu bojo uma intenção evidente de anti-socialismo que despertou uma preocupação importante da pesquisadora Giovanella (1991) sobre essa proposta

... este programa ... considerava que problemas sociais e políticos como obstáculos internos ao desenvolvimento e entendia o subdesenvolvimento, pelos seus ingentes problemas sociais, como campo fértil para proliferação de ideias alienígenas- socializantes. Com a “Aliança para Progresso”, por meio do financiamento de projetos sociais, pretendia-se contrapor à expansão dessas ideias, cujo exemplo de Cuba não se queria deixar de reproduzir. A “Aliança para o Progresso” surge, portanto, como aliança para o desenvolvimento e contra o socialismo, com clara intenção de controle social (GIOVANELLA, 1991, p. 29-30).

O método de planejamento CENDES-OPAS visava transpor a metodologia do planejamento econômico para o setor saúde, com forte embasamento na norma, fatores econômicos preponderantes, custo/efetividade e a visão tecnocrata “neutra”. Nos dias atuais, empregam-se conceitos de magnitude, transcendência e vulnerabilidade, termos técnicos que teve a contribuição do método (GIOVANELLA, 1991).

A crítica e o fracasso na implementação do método CENDES-OPAS fez com que surgisse o planejamento estratégico onde dois pensadores na América Latina se destacaram: o argentino Mário Testa e o chileno Carlos Matus.

Teixeira (2010) conceituou que Mário Testa evidenciou um planejamento estratégico trazendo a política na dimensão do Poder da análise dos atores do setor “saúde”. Esse Poder é exercido por diversos atores que se diferenciam entre três dimensões: o administrativo, o técnico e o político. O primeiro fala do manejo dos recursos, o segundo do conhecimento, os usos de tecnologias nos diversos níveis de saúde e, por fim, a luta dos interesses de atores envolvidos.

Giovanella (1989) afirma que Testa enfatiza que o enfrentamento de um problema de saúde é a mobilização dos seus atores do setor através da política, a estratégia, e arrastando a discussão das relações sociais (dinâmica social) do Poder na direção da solução do problema.

Chaves e Moysés (2016) citam Philippe Pinell na sua obra *Análise Sociológica das Políticas de Saúde* para validar a denominação de problema.

A construção social de um problema como problema é um processo cuja evolução é determinada pela dinâmica de alianças entre grupos sociais que têm todos eles, interesse em que esse problema seja reconhecido sem que tenham exatamente o mesmo ponto de vista nem sobre o que ele é, nem sobre as medidas a tomar e que, portanto, para se aliar devem negociar sua definição (PINELL, 2011, p.239).

A criação do Postulado da Coerência proposto por Testa traz à luz o modelo de Poder de governo nas seguintes dimensões: os propósitos (a intencionalidade), os métodos (suas práticas) convergindo na organização (estrutura organizacional) que devem ser coerentes em si (GIOVANELLA, 1989).

A significativa contribuição de Testa no planejamento em saúde traz o conceito de Poder nas relações dos atores sociais do setor “saúde”, para dar uma intencionalidade de enfrentamento dos problemas de saúde no campo social, utilizando métodos e conceitos de formulação de planos e programas de saúde (TEIXEIRA, 2010).

O pensador chileno Carlos Matus idealizou um método de planejamento em saúde cujo ato de planejar seja expressão da interação de três componentes: situação-problema, ator social em um espaço plural e democrático, que os atores com suas visões de “mundo” sobre a situação, conjunto de problemas a serem enfrentados coletivamente pensam racionalmente nas múltiplas dimensões dos mesmos (TEIXEIRA, 2010)

A metodologia “matusiana” deve ser dialógica entre os atores sociais, definida por quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. Esses momentos são independentes entre si, mas simultaneamente com um processo relacional desencadeamento entre eles, acontecendo no espaço de planejamento de uma dada realidade, esse planejamento é denominado de Planejamento Estratégico Situacional (PES) (TEIXEIRA, 2010; WERNECK, 2012)

O entendimento sobre o PES segundo Giovanella (1991):

É constituído por quatro momentos não sequenciais, simultâneos e em constante processo. 1. Momento explicativo: equivalente ao diagnóstico em que são selecionados problemas e discutidas suas causas ao nível dos fenômenos (fenoestrutura) e das estruturas sociais básicas (genoestrutura); 2. Momento normativo: o desenho do “deve ser”; 3. Momento estratégico de

análise e construção da viabilidade política: a discussão do poder; 4. Momento tático operacional de tomadas de decisão e de realização da ação concreta".(p 38-39).

Os atores sociais são compreendidos por terem habilidade de produzir resultados sociais e políticos modificando ou resolvendo uma situação, um conjunto de problemas, ou um problema específico identificado no planejamento (CHAVES; MOYSÉS, 2016). Teixeira (2010) situa os atores sociais em dois campos distintos: atores governamentais e não governamentais.

O desenvolvimento do PES produziu para Matus a ideia do Triângulo de Governo: projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade. Essas vertentes triangulares estão delimitadas no âmbito do governo. Projeto de governo é um processo social de transformação ou de legitimação materializado no plano (propósito). A capacidade de governo é a mobilização dos recursos para alcançar os resultados do projeto de governo. A governabilidade é capacidade de controle das diversas variáveis que interferem na execução e/ou resultado do plano (WERNECK, 2012; CHAVES; MOYSÉS, 2016).

O PES é a construção de futuro em movimento pela ação transformadora da realidade através do ato de governar (gestão de governo). Mobilizando pessoas, instituições, organizações, países e/ou nações pelos princípios democráticos, orientado pelas técnicas e processos metodológicos e compromissos dos diversos atores na perspectiva de mudança futura (WERNECK, 2012).

No Brasil, diversas escolas e pesquisadores vinculados às universidades públicas se destacam ou se destacaram sobre o planejamento em saúde com seus pensamentos. A Escola Nacional de Saúde Pública, na década de 70, posteriormente, na década 80, Universidade de São Paulo, Universidade de Campinas, e o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, dando uma diversidade do pensamento do modo de conceituar ou de fazer planejamento em saúde (TEIXEIRA, 2010).

Para contribuir com esse trabalho, serão pontuados e expostos alguns conceitos de pesquisadores dessas escolas por trazerem elementos estruturais (epidemiologia, princípios do SUS, ação comunitária, cogestão e tomadas de decisão) de balizamento para atenção primária à saúde no Brasil.

O planejamento em saúde e a epidemiologia são dois campos de conhecimento da saúde pública de interação/interface, pois há existência de

complementaridade entre ambas. Mas no Brasil, devido à predominância do planejamento na ótica da oferta de serviços, um modo de reprodução social do capital nos serviços, uma sociedade bastante desigual e a racionalidade técnica incompleta fazem com que a epidemiologia seja somente uma descrição do processo saúde/doença e que não afronta os interesses dos grupos e de classes hegemônicas (CASTIEL; RIVERA, 1985).

Cecílio (2006) pauta que o planejamento em saúde deve reconhecer quatro dimensões de necessidades de saúde dos usuários: “as boas condições de vida”, o acesso com o uso adequado das tecnologias em saúde, a vinculação do usuário com profissional/equipe de saúde; e, por último, o modo de viver a vida ressignificando a autonomia dos usuários para que possam usufruir concretamente dos conceitos de equidade e integralidade do SUS.

O método Paideia é um arranjo tecno-organizacional-assistencial onde os sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) estão colocados de maneira da cooperação, coparticipação e corresponsabilização dos processos de trabalho e nos resultados das instituições de forma democrática. O reconhecimento das diferenças dos sujeitos envolvidos (nível educacional, visão de mundo, aspecto cultural e socioeconômico) devem ser respeitados e harmonizados pelo grupo. A construção coletiva dos sujeitos implicados na cogestão avança na transposição dos modelos clássicos de organização de administração (CUNHA; CAMPOS, 2010).

A epidemiologia como ciência e elemento estrutural no planejamento em saúde traz uma necessidade de superação do modo predominante de uso dos serviços de saúde para uma práxis social que efetive a atenção à saúde nos territórios definidos e grupos populacionais na promoção e prevenção de saúde fazendo um elo entre as pessoas, com seus riscos e vulnerabilidades, entre os profissionais de saúde e gestores que possam interagir de maneira coletiva e participativa no “pensar em saúde” e na execução da solução do problemas em saúde de forma comunitária. Isso implica e repercute uma nova forma de monitoramento e avaliação dos próprios serviços (TEIXEIRA, 1999).

Segundo Paim (2003), a utilização da epidemiologia nos níveis de gestão do SUS traz um grande desafio para atores envolvidos (usuários, profissionais e gestores) no Brasil, devido à superação do paradigma da epidemiologia descritiva, normativa e sem a vinculação da ação alinhada com os pressupostos do SUS para

uma práxis social que subsidie os processos de planejamento e tomada de decisão da gestão do SUS.

Em 1990, com regulamentação do SUS e através das leis 8080 e 8142, foi instituído no país o planejamento em saúde, materializando o plano de saúde que é aprovado e acompanhado pelo conselho de saúde, por meio dos relatórios de gestão em cada esfera governamental (BRASIL, 1990a, 1990b).

Em 2006, pela dificuldade de estabelecer uma cultura de planejamento em saúde consolidada no SUS, o MS lança o Sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde (PlanejaSUS). É um grande desafio no país continental, pois perpassa ao longo do tempo a interação de gestores, profissionais e população. Envolve uma postura individual, técnica, engajamento, mobilização e decisão dos diversos atores. No âmbito municipal um dos objetivos é o planejamento local com monitoramento e avaliação das ações propostas, bem como a divulgação dos resultados obtidos (BRASIL, 2009).

Segundo Vieira (2009), a criação de mecanismos jurídico-institucionais de planejamento no SUS como as Leis Orgânicas 8080 e 8142; a Norma Operacional Básica (NOB 96) criando a Programação Pactuada Integrada (PPI), na Norma Operacional à Assistência à Saúde (NOAS) originando o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Agenda de Saúde, e ainda o Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) trouxeram uma grande avanço no Brasil para efetivação do SUS. Contudo, o planejamento ascendente do SUS ainda é uma barreira a ser transposta pelas três esferas de governo devido aos tempos de cada mecanismo de planejamento e às especificidades de saúde de cada membro da federação brasileira.

Segundo Kleba, Krauser e Vandruscolo (2011), as Novas Diretrizes Curriculares da Saúde impõem uma nova forma de articulação entre as universidades, os serviços de saúde, gestão do SUS e a comunidade. O PES vem de encontro na formação do aluno que experimenta as várias percepções dos atores sobre os problemas de saúde nessa realidade e o direcionamento para resolução deles.

A utilização do método de Planejamento de Projeto Orientado por Objetivos (ZOPP), desenvolvida nos anos 80 na Alemanha, pode ser uma ferramenta na transformação da Atenção à Saúde por grupo de profissionais, baseada em objetivos

construídos pelos participantes, facilitando o desenvolvimento da equipe na ESF (FAQUIM; BUIATTI; FRAZÃO, 2018).

O Método Atladir de Planejamento Popular (MAPP) tanto no nível primário como também no nível terciário de atenção à saúde pode ser empregado na formação da graduação da enfermagem para desenvolver a habilidade de gerência superando o modelo tradicional de gestão (BALDISSERA; GÓES, 2012). Esse planejamento adaptado do PES traz uma abordagem participativa, dialógica com os atores sociais que submerso na compressão e solução dessa realidade (AGUIAR et al, 2006; TONI; SALERMO; BERTINI, 2008).

A modificação da atenção à saúde dos profissionais do nível primário na comunidade passa necessariamente com a maior integração entre ensino-serviço-comunidade com a introdução de práticas de planejamento oriundas de problemas do território fornecendo a aprendizagem alicerçada nos pressupostos do SUS. Assim, nesse objetivo o Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS) é uma abordagem metodológica flexível para interação entre a comunidade e os serviços de saúde (SILVA et al, 2017).

O planejamento em saúde é um campo bastante vasto da ciência pois, há o compartilhamento de outras ciências como Administração, Ciências Sociais (Psicologia, Sociologia e Antropologia), Economia e o próprio setor da Saúde alicerçando sua práxis. Seus conceitos e suas abordagens metodológicas impõem uma necessária escolha para a linha de pesquisa do Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF). Assim, no imperativo da escolha do tema planejamento em saúde abordaremos o conhecimento alicerçando nos aspectos teóricos e práticos do planejamento em saúde bucal na ESF do município de Fortaleza.

#### **4.2 Atenção à saúde bucal: dimensão da política, organização dos serviços e a formação do cirurgião-dentista no Brasil**

Vianna e Paim (2016) analisaram o início da historicidade da atuação da odontologia no setor da saúde no Brasil com entrelaçamento da própria formação da política de saúde no país, iniciada pela Lei Eloy Chaves, na década de 20 com na

criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões das categorias profissionais, no entanto, a odontologia liberal no setor privado é vigente até os dias atuais.

Roncalli (2003) relata o advento do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) na década de 40 em áreas de interesse econômico na época desenvolve ações sanitárias em regiões distantes do país. Na década posterior a odontologia insere-se nas ações do SESP com ações focalizadas em grupos específicos: crianças de 06 a 12 anos na escola (grupo vulnerável) pelo Sistema Incremental, onde consistia em tratamento gradual de necessidade de problemas bucais, principalmente a cárie dentária. Outro avanço foi a fluoretação das águas de abastecimento pelo SESP como forma de prevenção específica contra a cárie (VIANNA; PAIM, 2016).

Após os anos de 1964, os governos militares solidificaram o regime de democracia regulada, onde a assistência à saúde era executada pelo sistema previdenciário para grupos de pessoas que contribuíssem para a previdência. No setor estatal realizavam-se as ações de saúde pública, saneamento básico e campanhas (RONCALLI, 2003).

Nos anos de 70 e 80, as crises econômicas do sistema capitalista no Brasil (balança comercial desfavorável, inflação alta, baixos salários da classe trabalhadora) e as crescentes demandas sociais da população brasileira (educação, saúde, moradia, renda) fazem questionar o sistema autoritário vigente. Esses ingredientes sociais desencadeiam o Movimento da Reforma Sanitária no Brasil que culmina com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), reunindo mais de quatro mil pessoas em Brasília das diversas representações sociais no ano de 1986 que determina que saúde é direito universal de todos e que é dever do estado prover esses direitos (RONCALLI, 2003; VIANNA; PAIM, 2016).

As conferências específicas setoriais da saúde ocorreram em desdobramentos da 8ª CNS. Ainda em 1986, no mês de outubro, a primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal tem seu marco histórico em reafirmar os princípios democráticos da Reforma Sanitária Brasileira diagnosticando e indicando a modificação do modelo excludente, elitista, ineficaz, ineficiente praticado pela Odontologia no Brasil (BRASIL, 1986).

Frazão e Narvai (2009) abordam a construção histórica da PNSB, expressa na concretude do Brasil Sorridente, fruto de diversas lutas de movimentos sociais, estudantes, instituições de ensino superior, gestores e profissionais de saúde que se

aglutinaram através das Conferências Nacionais de Saúde Bucal para efetivar a saúde bucal na agenda da saúde pública do Brasil, mesmo refletindo contradições e conflitos de período pré-SUS e, até mesmo, pós-SUS.

O Brasil Sorridente foi determinado pela habilidade e articulação dos profissionais de saúde da Saúde Bucal Coletiva (SBC) alinhado aos conceitos do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, aproveitaram a “janela de oportunidade” do ano de 2003, no processo de transição do governo Fernando Henrique Cardoso para o governo Lula para reivindicar a implantação de uma política de saúde bucal pública seguindo as diretrizes do SUS (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

Narvai (2006) compreende a SBC como espaço de “desodontologizar” a saúde bucal com o enfrentamento e a ruptura da prática hegemônica da odontologia de mercado, para deslumbrar a saúde do povo brasileiro, percorrendo a equidade e integralidade do SUS no seu horizonte.

O Brasil Sorridente propõe um novo modelo de atenção baseado no indivíduo-família-comunidade, alterando o processo de trabalho da saúde bucal que tinha assistência materno-infantil com foco predominante na saúde pública, ainda com o modelo biomédico vigente. A inclusão da ESB na Estratégia Saúde da Família permite a utilização do planejamento local como forma de reorganização da atenção (LUCENA; PUCCA JÚNIOR; SOUSA, 2011).

Lucena, Pucca Júnior e Sousa (2011) concluem que a ampliação e a consolidação do número das ESB na atenção básica no território brasileiro é resultante do papel indutor de incentivo financeiro das portarias ministeriais de implantação e de custeio da PNSB/Brasil Sorridente para a atenção básica. Isso é uma estratégia de tentar responder ao enorme desafio do acesso em saúde bucal da população aos serviços básicos com uma política pública.

Machado, Baptista e Nogueira (2011) analisam as diferenças e semelhanças na implantação das quatro políticas setoriais da saúde prioritárias no governo do presidente Lula no período de 2003 a 2008. A Estratégia Saúde da Família, Brasil Sorridente, Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) e o Programa Farmácia Popular utilizando os discursos e documentos oficiais balizando as políticas através dos dados objetivos: a implantação de uma rede de serviços de saúde: na capilaridade territorial do país quanto na proporção; aporte financeiro do governo federal para desenvolvimento da política, a capacidade de inovações

específicas (organizacional, estrutural e jurídica) e de absorver demandas de outras áreas do Ministério da Saúde.

Machado, Baptista e Nogueira (2011) distinguem duas políticas do MS: o Brasil Sorridente e a Farmácia Popular. A primeira estruturada em uma rede assistencial pública e gratuita; a segunda com copagamento do sistema de saúde e expansão pela rede privada. Isso demonstra o jogo de interesses dos atores dentro do próprio governo nas relações público-privadas.

Pucca Júnior (2006) evidencia que há existência da rede de serviços para saúde bucal, a ampliação das ESB na Estratégia Saúde da Família na atenção básica, os CEO e os Laboratório Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) são reflexos concretos da instituição da PNSB.

Soares e Paim (2011) demonstraram através do Triângulo de Governo: projeto de governo, governabilidade e capacidade de governo idealizado por Matus, que a não implementação da gestão local da PNSB no município de Salvador- Bahia é um obstáculo à efetivação da política nacional.

Chagas, Nuto e Andrade (2008) conceituam que a instituição da política municipal de saúde bucal do município de Fortaleza determinou o diálogo constante entre a gestão municipal de saúde, os usuários, os profissionais de saúde, as entidades de classe, o controle social entre outros atores para desenvolver ações e estratégias na construção de solução dos problemas relacionados à saúde bucal.

A PNSB/Brasil Sorridente é muito mais abrangente do que a implantação das equipes de saúde bucal na atenção primária à saúde, ou mesmo, na prestação de serviços odontológicos pelo CEO. É sim um diálogo profundo com os princípios do SUS para efetivação de uma sociedade solidária, equânime, justa e democrática no Brasil (FRAZÃO; NARVAI, 2009).

Pinheiro et al (2009) realizou um estudo de revisão bibliográfica no período 1992 – 2005 que abordava a formação dos cirurgiões-dentistas na percepção do descolamento entre as necessidades de saúde bucal da sociedade brasileira com a prática odontológica vigente. Dentre as causas desse descolamento da formação odontológica: o perfil dos educandos; a falta interação entre ensino-sistema de saúde pública, a predominância da carga horária nas disciplinas técnicas em relação carga horária de saúde coletiva; a necessidade de reformulação da pós-graduação e, conseqüentemente, a formação do docente do curso de Odontologia.

A crise do mercado de trabalho liberal como prática do cirurgião-dentista impôs uma readaptação e (re)colocação ao setor público, através do PSF. Esses profissionais de saúde indicaram e verbalizaram sentimentos/aflições como: desencanto, insatisfação com as condições de trabalho, ausência de vínculo empregatício, a deficiência na formação com obstáculos de mudança no seu novo processo de trabalho (CHAVES; MIRANDA, 2008).

Fonseca (2012) aponta que a partir de 2002, com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), respaldadas na Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB de 1996, instituiu a modificação da formação dos profissionais da área de saúde para atender às demandas e necessidades do SUS.

A pesquisa realizada com os discentes do curso de Odontologia, em 2007 na Universidade Federal da Paraíba, verificou a percepção do descrédito na eficiência do atendimento à população pelo SUS. Para 88,4% dos alunos é evidenciada a intenção de trabalhar simultaneamente no setor público e privado, bem como direcionamento à especialização (CAVALCANTI; CARTAXO; PADILHA, 2010).

Segundo Ferreira, Ferreira e Freire (2013), a perspectiva da “Era de Superação em Odontologia” se dará pautada na ciência, através da formação dos profissionais com uma visão de mundo, com desenvolvimento sustentado, analisando e refletindo sobre os novos paradigmas e interagindo a superação dos mesmos, consequentemente, da crise de trabalho odontológico liberal.

A formação do cirurgião-dentista brasileiro está em processo de transformação e oportuna modificação do perfil do profissional da Odontologia do século XX, contudo essa formação/atuação não deve estar pautada somente para o setor público, o SUS (GRANDE et al, 2016).

A incorporação lenta das DCN nos cursos de Odontologia por causa das resistências dos docentes (formados e capacitados para odontologia de mercado), a estrutura interna das Instituições de Ensino Superiores (IES) e o modo e a estética como se dará essa mudança, traz grandes prejuízos na formação do cirurgião-dentista. Sendo necessária avaliação e acompanhamento por dez anos (FONSECA, 2012).

Pinheiro et al (2008) conclui que existe um enorme caminho para transpor a odontologia de mercado para promoção de saúde pelo cirurgião-dentista do PSF

superando a deficiência da formação, a falta de apoio dos gestores, a inexistência do trabalho em equipe e as condições de vida da população.

#### **4.3 O planejamento da saúde bucal na atenção primária: perspectivas e desafios apontados na experiência brasileira**

A concretude da práxis do planejamento em saúde com princípios participativo, dialógico e democrático nas equipes de saúde é ainda uma ação pouca desenvolvida devido a um predomínio da situação dos aspectos biológicos em detrimento dos condicionantes e determinantes de saúde, a subutilização dos dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e do mapa da área de abrangência da equipe para realização de diagnóstico e as prioridades de atuação dos seus territórios são reflexos desse contexto (ELIA; NASCIMENTO, 2011).

Os serviços de saúde funcionam de forma desarticulada, sendo apenas orientados pela noção de qual seja seu papel e esta noção é produzida de acordo com a visão de mundo de cada dirigente e colaborador ou de seu entendimento sobre as diretrizes estabelecidas pela política setorial do Estado. Quando não realizam o planejamento, as atividades são executadas de forma acrítica ou pela inexistência da ação (VIEIRA, 2009).

Padilha et al (2005) afirma que a mudança das ações de saúde bucal pelas equipes passa necessariamente pelo planejamento/programação baseado nas necessidades e nas condições de saúde da população (epidemiologia) da área adscrita.

Para Mattos et al (2014), a inclusão das ESB nas ESF, a partir de 2000, é uma forma de superação dos modelos assistenciais de odontologia excludentes, ineficientes e de baixa resolutividade. Essa inclusão baseada nos princípios e diretrizes do SUS melhora o acesso da população, contudo o trabalho em equipe com os outros profissionais é um obstáculo para efetivação.

Sá et al (2015) recomenda que a educação permanente no SUS, tanto para os serviços de saúde e as instituições formadoras, é uma estratégia de superação da formação deficiente da prática do planejamento em saúde pelo cirurgião-dentista, mesmo sabendo que é uma competência e habilidade o ato de planejar a saúde comunitária na formação do curso de Odontologia.

Almeida e Vianna (2005) afirmam que com a mudança do perfil epidemiológico e demográfico, há uma necessidade de verificar os riscos ocupacionais e fatores de risco no ambiente de trabalho para que possa planejar ações de promoção e prevenção em saúde bucal na fase adulta, trazendo a perspectiva da saúde do trabalhador.

Um estudo realizado em Santa Catarina afirma que o plano municipal de saúde não utiliza a epidemiologia ou indicadores de saúde bucal como parâmetros para o monitoramento e a avaliação das ações nas ESB; isso fragiliza o processo de trabalho da ESF pela falta do planejamento em saúde (SÁ et al, 2015).

Para Lima (2016), o caráter normativo, a decisão verticalizada, centralizado na gestão são indícios das práticas de planejamento no município de Fortaleza nos relatos dos trabalhadores em saúde.

A valorização dos dados e informações requer por parte dos gestores e das equipes a disponibilidade desses indicadores à população como ferramenta para melhoria de oferta de serviços no seu processo de trabalho, mediante diagnósticos mais precisos da realidade local, estabelecendo um planejamento estratégico comunicativo, monitoramento seguro e avaliação robusta (GOES, MOYSÉS, 2012).

A implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) fortalecendo o planejamento ascendente e integrativo das diversas instâncias do SUS, o MS criou dois tipos indicadores de saúde: universal e específico. A Média de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada (indicador universal) e Proporção de Exodontias em Relação aos Procedimentos (indicador específico) (BRASIL, 2015).

Entretanto, Padilha et al (2005) sintetiza que a forma de avaliação das ESB baseada em procedimentos de saúde pode trazer impacto negativo nas transformações das práticas ou necessidade da manutenção das ações, pois não há uma reflexão dos profissionais sobre sua realidade.

Mendes Júnior, Bandeira e Taija (2015) concluem que a maioria dos cirurgiões-dentistas que trabalham na ESF de Fortaleza avaliam que os indicadores de saúde bucal de desempenho e de monitoramento, adotados pelo MS, são muito importantes.

Diversos requisitos são adotados para selecionar um indicador de saúde: sinteticidade, facilidade de cálculo, disponibilidade, poder discriminatório e robustez

(GOES, MOYSÉS, 2012); a validade, confiabilidade, mensurabilidade, relevância e custo-efetividade (RIPSA, 2008).

Lamy (2014) faz um resgate histórico dos indicadores de saúde bucal no Brasil de 1999 a 2015, resultado de interação de três peças jurídicas do SUS: o Pacto de Indicadores da Atenção Básica (1999), Pacto pela Saúde (2002) e o COAP (2011) para monitoramento e avaliação das ações de saúde. No Quadro 1 estão expostos os indicadores de saúde bucal de 2003 a 2013.

**Quadro 1 - Evolução dos indicadores de saúde bucal pactuados nos instrumentos nacionais de monitoramento e avaliação do SUS de 2003-2013**

(Continua)

ANO	INDICADORES DE SAÚDE BUCAL	FÓRMULA DE CÁLCULO/FONTE
2003-2005	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	Número total de primeiras consultas odontológicas programáticas* dividido pela população** x 100 Fonte: *SIA-SUS e **IBGE
	Razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos	Média anual de população coberta por procedimentos odontológicos coletivos* dividido pela população alvo de 0 a 14 anos de idade** Fonte: *SIA-SUS e **IBGE
	Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais	Número total de exodontias de dentes permanentes* dividido pelo total de ações básicas individuais em odontologia** x 100 Fonte: *SIA-SUS e **IBGE
2006	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	Número total de primeiras consultas odontológicas programáticas* dividido pela população** x 100 Fonte: *SIA-SUS e **IBGE
	Cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada	Média anual de participantes na escovação dental supervisionada dividida pela população x 100 Fonte: *SIA-SUS e **IBGE
	Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	Número de procedimentos odontológicos básicos individuais* em determinado local e período dividido pela População** no mesmo local e período x 100. Fonte: *SIA-SUS e **IBGE
	Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais	Número de procedimentos odontológicos individuais especializados* realizados em determinado local e período dividido pelo número total de procedimentos odontológicos individuais** no mesmo local e período x 100 Fonte: *SIA-SUS e **IBGE
	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	Número total de primeiras consultas odontológicas programáticas* dividido pela população** x 100 Fonte: *SIA-SUS e **IBGE

(Conclusão)

ANO	INDICADORES DE SAÚDE BUCAL	FÓRMULA DE CÁLCULO/FONTE
2007	Cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada	Média anual de participantes na escovação dental supervisionada* dividida pela população** x 100 Fonte: *SIA-SUS e **IBGE
	Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	Número de procedimentos odontológicos básicos individuais* em determinado local e período dividido pela população** no mesmo local e período x 100 Fonte: *SIA-SUS e **IBGE
2008-2009	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	Número total de primeiras consultas odontológicas programáticas* dividido pela população** x 100 Fonte: *SIA-SUS e **IBGE
	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada* realizada em determinado local em 12 meses, dividido por 12 x 100 Fonte: *SIA-SUS e **IBGE
2010	Sem Indicador de saúde bucal	
2011	Cobertura populacional estimada das ESB da ESF	Número de ESB da ESF implantadas* x 3.450** pessoas dividido pela população** no mesmo local e período x 100 Fonte: *DAB/SAS/MS e **IBGE
	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada* realizada em determinado local em 12 meses, dividido por 12 x 100 População** no mesmo local e período Fonte: *SIA-SUS e **IBGE
2012	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal	(Soma da carga horária dos cirurgiões-dentistas/40) * 3.000 dividido pela população no mesmo local e período x 100 Fonte: SCNES e DAB
	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada* realizada em determinado local em 12 meses, dividido por 12 x 100 População** no mesmo local e período Fonte: *SIA-SUS e **IBGE
2013 - 2015	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal	(Soma da carga horária dos cirurgiões-dentistas/40) * 3.000 x 100 População** no mesmo local e período *CNES e **DAB/MS
	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada* realizada em determinado local em 12 meses, dividido por 12 x 100 População** no mesmo local e período Fonte: *SIA-SUS e **IBGE
	Proporção de exodontias em relação aos procedimentos	Número total de extrações dentárias em determinado local e período* dividido pelo número total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período** x 100 Fonte: *SIA-SUS e **IBGE

Fonte: Lamy (2014).

Considerando a fragilidade de dados e de informações das ações de saúde bucal na ESF, em 2008, o Ministério da Saúde lança a Ficha D- Complementar do SIAB a qual se divide em cinco tipos de registro; Tipos de consulta médica; Tipos de atendimento do médico e enfermeiro; Tipos de atendimento do cirurgião-dentista; Encaminhamento e Marcador de saúde bucal (GOES; MOYSÉS, 2012).

Pesquisa realizada em Fortaleza identificou que uma grande proporção de dentistas da ESF do município não sabiam do local correto do registro dos procedimentos na ficha D- complementar. Tais como: Instalação de Prótese Dentária 78,1% (n=107); a Ação Coletiva de Escovação Supervisionada 73,7% (n=101); Atendimento odontológico a gestante 59,9% (n=82); Atendimento de urgência odontológica na Atenção Básica 59,9% (n=82); Diagnóstico de alteração de mucosa 59,9% (n=82) e a Primeira consulta odontológica programática 59,1% (n=81) (MENDES JÚNIOR; BANDEIRA; TAIJA, 2015).

Carreno et al (2015) sugere que a educação permanente é uma ferramenta fundamental que pode melhorar e qualificar a operacionalidade do SIAB pelos profissionais de saúde para o planejamento e a tomada de decisão, superando as deficiências deles sobre o sistema de informação.

Lamy (2014) concluiu que as alterações nos indicadores de saúde bucal devido as pactuações nas instâncias do SUS, através da grande variação na seleção e de quantidade de dados/informação ou até mesmo a falta de referência por um ano, não permitem uma avaliação e um acompanhamento condizentes com a PNSB, devido análise imprecisa das séries históricas no Brasil no período 1999 a 2013 e as contínuas mudanças de base de mensuração dos indicadores.

Em 2019, o MS instituiu o novo modelo de financiamento de custeio para APS – Programa Previne Brasil que estabelece três formas de custeio: I- captação ponderada; II – pagamento por desempenho e III- incentivo para as ações estratégicas (BRASIL, 2019).

O pagamento por desempenho está associado aos indicadores de saúde e seus cumprimentos de metas e valores pelas equipes que serão oficializadas em portarias específicas até 2022, prevendo 21 indicadores nas seguintes áreas: Gestantes, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Doenças Crônicas, Saúde Bucal,

Infecções Sexualmente Transmissíveis, Tuberculose, Saúde Mental e Indicadores Globais (BRASIL, 2020).

O plano municipal de saúde de Fortaleza do período de 2018 a 2021 está propondo para a Atenção na Saúde Bucal as metas, ações e indicadores para monitoramento. Os indicadores são os seguintes: cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal; cobertura de primeira consulta odontológica programática; razão entre tratamento concluído e a primeira consulta odontológica programática; proporção entre de exodontias em relação aos procedimentos; proporção de gestantes e a primeira consulta odontológica; número de CEO implantados; número de atendimentos realizados no CEO; número de próteses dentárias entregues pelos CEO municipais e o número de biópsia realizadas pelos CEO. Uma das ações é a realização do levantamento epidemiológico em saúde bucal (FORTALEZA, 2017).

#### **4.4 Fortaleza e saúde bucal: avanços e desafios na atenção primária**

A cidade de Fortaleza, já na década de 80, vem contribuindo na construção de uma política nacional de saúde bucal, através dos cirurgiões dentistas, auxiliares de saúde bucal e técnicos do serviço público, das universidades e entidades odontológicas, e posteriormente nos anos de 2005 implementando a PNSB/Brasil Sorridente, com isso facilitando a consolidação do SUS na capital cearense.

Em 1986, o município foi integrante da amostra do Levantamento Epidemiológico no Brasil sobre cárie dental em escolares, que apontava o Índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) aos 12 anos de 6,65 resultando uma prevalência muito alta para padrões internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 1988).

No XIV Encontro Nacional de Administradores e técnicos do Serviço Público Odontológico (ENATESPO) e o III Congresso Brasileiro de Saúde Bucal Coletiva realizado em agosto de 1998 em Fortaleza proporcionou discussão e elaboração várias lutas políticas para alicerça uma criação de uma política nacional de saúde bucal no seu documento final (ENATESPO,1998). Resultando na aglutinação de profissionais, técnicos e professores universitários com embasamento

teórico e político que iriam implementar a política do Brasil Sorridente nos anos de 2005 no município.

Dentre essas lutas, destacamos: a criação de um incentivo financeiro ao Piso Ambulatorial Básico (PAB) as ações de saúde bucal; a inserção da atenção à saúde bucal no programa saúde da família, postulava a realização de um inquérito epidemiológico de base nacional para avaliar as condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000; as reformulações nas grades curriculares dos cursos de odontologia deverão incluir abordagem social, antropológica e pedagógica necessária para ruptura do estigma de “odontologia social como odontologia dos pobres”; estimular a capacitação dos profissionais referente a gestão e planejamento em saúde bucal responsáveis pelo serviço; e incentivar a participação da população no planejamento, contribuindo para o exercício da cidadania (ENATESPO, 1998).

No Levantamento Epidemiológico SB Brasil 2003, Fortaleza e as oito capitais nordestinas e mais um cidade de mais de 100.000 habitantes fizeram parte do plano amostral da pesquisa nacional. Essa pesquisa demonstrou que o CPO-D aos 12 anos da macrorregião do nordeste 3,19 era maior do que CPO-D do Brasil 2,78, principalmente no componente cariado 2,28 no Nordeste contra 1,62 no país (BRASIL, 2004).

Chagas, Nuto e Andrade (2008) fazem um resgate histórico da construção da política municipal de saúde bucal através das ações e estratégias dos diversos atores envolvidos profissionais, gestores, conselheiros de saúde e a população fortalezense no enfrentamento das dificuldades estruturais e processo de trabalho dos profissionais de saúde bucal a partir de 2005.

A capital cearense inseriu as primeiras 100 ESB nas ESF no ano 2005, evidenciando o atraso das ações de saúde bucal do município por ser um dos últimos municípios do estado a adotar as ESB. A inserção mais que tardia das ESB na atenção primária trouxe uma série de dificuldades no processo das equipes da ESF (CHAGAS; NUTO; ANDRADE, 2008).

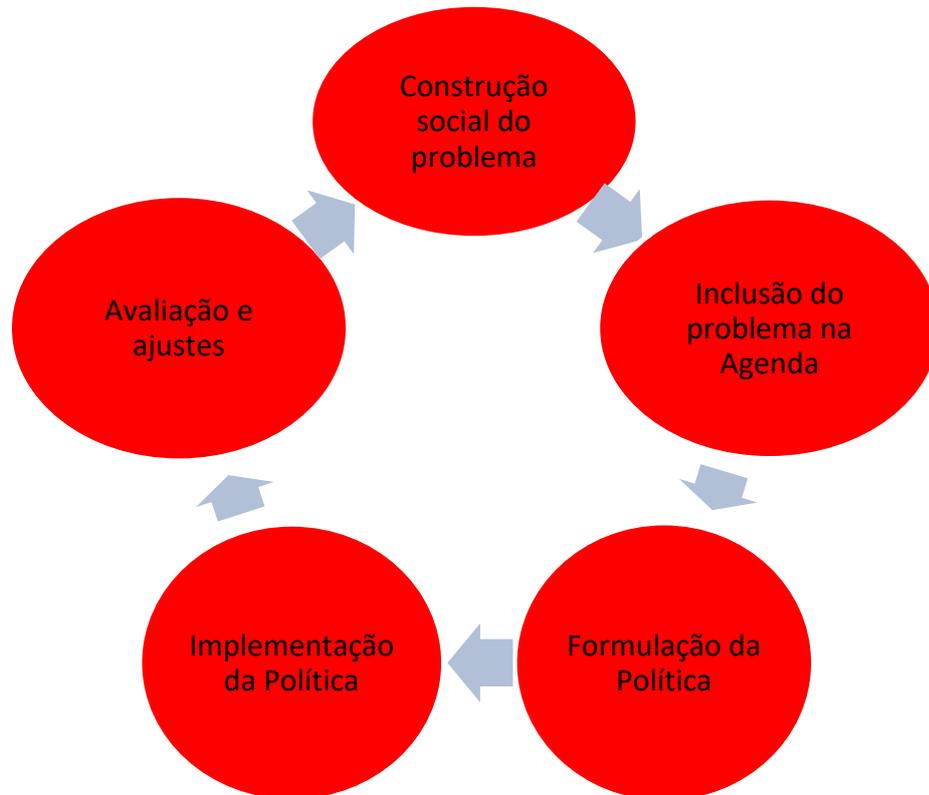
Farias e Sampaio (2010) em uma pesquisa qualitativa realizada com dois grupos de profissionais de saúde da ESF em dois Centro de Saúde da Família em Fortaleza indagam que o cirurgião-dentista devido à transposição da prática individualista, centrado no ambiente clínico-cirúrgico dificulta a integralidade ao usuário e interdisciplinaridade no processo de trabalho da equipe ESF.

Convém lembrar que a construção de política municipal de saúde bucal em Fortaleza ocorreu em um contexto oportuno, pois o governo federal tinha lançado a PNSB em 2004. O alinhamento político-partidário do Partido dos Trabalhadores (PT) nos governos municipal e federal baseado na ideologia social democrática, e com expressivos recursos financeiros, o núcleo de atores sociais oriundo da XIV ENATESPO e a população carente necessitando de atenção à saúde bucal contribuíram sobremaneira com a consolidação do SUS, principalmente na atenção primária.

Chaves e Moysés (2016) formularam cinco momentos para o Ciclo da Política: Construção social do problema; Inclusão do problema na agenda; Formulação da política; Implementação da política; Avaliação e ajustes (Figura 1). E citam Kingdon(1995) para descrever a janela de oportunidade na política.

A primeira etapa da definição da agenda, o problema, entre muitos presentes, disputa a atenção da equipe dirigente e é então priorizado, numa provável janela de oportunidade. Ou seja, a agenda decisória corresponderá à definição de um conjunto de problemas que serão priorizados pelas autoridades governamentais, constituindo objeto de decisão política. A estatística e a epidemiologia, por exemplo, são ferramentas colocadas para enfatizar determinado problema, sendo instrumento de legitimação da agenda decisória, podendo aumentar o poder dos especialistas, dos empreendedores de política, já que reforçam a construção social do problema a ser enfrentado no período do governo. KINGDON, 1995 apud CHAVES; MOYSÉS, 2016, p.24.

**Figura 1 - Ciclo da Política**



Fonte: Chaves e Moysés, (2016).

A gestão de trabalho da prefeitura municipal de Fortaleza a partir 2005 realizou diversas ações e estratégias para criação e provimento de cargos públicos dos trabalhadores da saúde da atenção primária, assegurando direitos trabalhistas e sua efetivação ao setor público através de um arcabouço jurídico administrativo (CHAGAS; NUTO; ANDRADE, 2008) que culminou em dezembro de 2005 com a realização de um concurso público para contratação de 460 profissionais de cada categoria, enfermeiros, cirurgiões-dentistas e médicos para o Programa Saúde da Família (FORTALEZA, 2006a).

Esses profissionais contratados mediante concurso foram incluindo na lei nº 9265 de 11 de setembro de 2007 institui o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) do município de Fortaleza para os servidores do ambiente especialidade Saúde, dentre as várias especialidades estão os profissionais que integram o Programa Saúde da Família. Isso possibilitou o ingresso de um número grande de profissionais da Estratégia Saúde da Família, como passou a ser denominado o PSF, dentro uma carreira do setor público com definição de jornada de trabalho; promoção por capacitação; progressão por tempo de serviço; incentivo à titulação com suas

diversas porcentagens de ganho em relação à remuneração básica; remuneração e diversas outras providências deu maior conforto ao trabalhador da saúde (FORTALEZA, 2007).

A materialização do PCCS na capital cearense direcionou os profissionais ESF para maior tempo de formação para cursos de saúde da família, saúde coletiva/saúde pública para desenvolver o seu processo de trabalho na estratégia, conseqüentemente maior remuneração dos seus vencimentos (MENDES JÚNIOR; BANDEIRA; TAIJA, 2015).

Essa maior segurança das relações de trabalho dos profissionais da APS de Fortaleza (a estabilidade e ter uma carreira no setor público) traz um ganho relevante na integralidade, na longitudinalidade/continuidade do cuidado dos usuários e no planejamento em saúde, alicerçada em um arcabouço jurídico. Pois esse profissional é parte integrante do território, na observação direta das transformações sociais e econômicas do espaço, fazendo a vigilância em saúde, na programação e avaliação das ações de saúde.

Em 2006/07 o município de Fortaleza realizou seu levantamento epidemiológico de saúde bucal evidenciando uma prevalência de cárie dentária baixa (CPO-D; 1,54), entretanto com diferenças entre as seis secretarias executivas regionais: I (2,00), II(1,13), III(1,46), IV(1,87), V (1,20) e VI(1,54) de CPO-D aos 12 anos. Sobre o acesso aos serviços odontológicos 13,51%, 0,51% e 0,00% nas faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos, respectivamente, nunca realizaram consulta com o dentista na vida (FORTALEZA, 2010a).

Segundo Lima (2016), a capital cearense a partir de 2013 passou por reorganização de estrutura/processo no sistema de saúde municipal através do modelo de atenção e de gestão, priorizando quatro redes de atenção: rede materno-infantil (Rede Cegonha); rede de urgência e emergência; rede às condições crônicas (diabetes, hipertensão, câncer de mama e colo útero) e a rede psicossocial pelo perfil epidemiológico do município. Assim, evidenciamos a ausência do marco político institucional da estruturação da Rede de Atenção à Saúde Bucal.

Basso et al (2019) afirma que para a transformação de atenção à saúde bucal para modelo das redes de atenção foi imperativo que o princípio da resolutividade estivesse no cerne da sua discussão e implantação, para que a

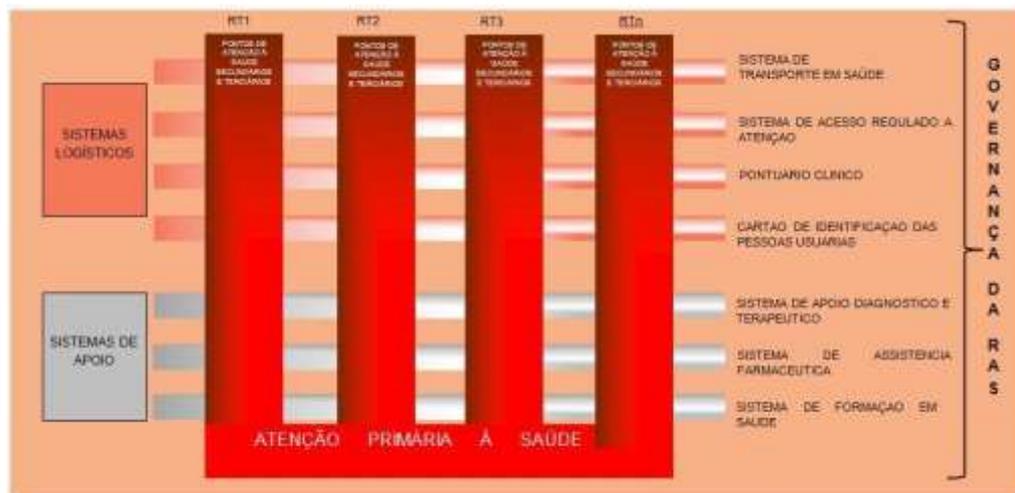
Secretaria de Saúde do Distrito Federal superasse os obstáculos, restrições e modelagem da rede, e não somente a implantação de serviços de saúde bucal.

A portaria nº. 4.279 do Ministério da Saúde de 2010 estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS. Define que:

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Segundo Mendes (2011), uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde são elementos primários na constituição de uma Rede de Atenção à Saúde (Figura 2).

**Figura 2 - A estrutura operacional das redes de atenção à saúde**



Fonte: Mendes, (2011).

No levantamento epidemiológico de Saúde Bucal municipal 2006-2007 demonstrou que 66% dos idosos na faixa etária 65-77 anos tinham necessidade de algum tipo de prótese dentária na arcada inferior, com predominância em prótese total (FORTALEZA, 2010a).

Almeida et al (2017) conclui que o desconforto e a precariedade da saúde bucal na terceira idade trazem consequências para saúde de ordens fisiológicas, psíquicas e sociais, como diminuição do apetite, depressão em decorrência da baixa qualidade da dieta afetando a autoestima. A reabilitação de saúde desses idosos aponta uma interação multiprofissional que vai além da pura assistência odontológica.

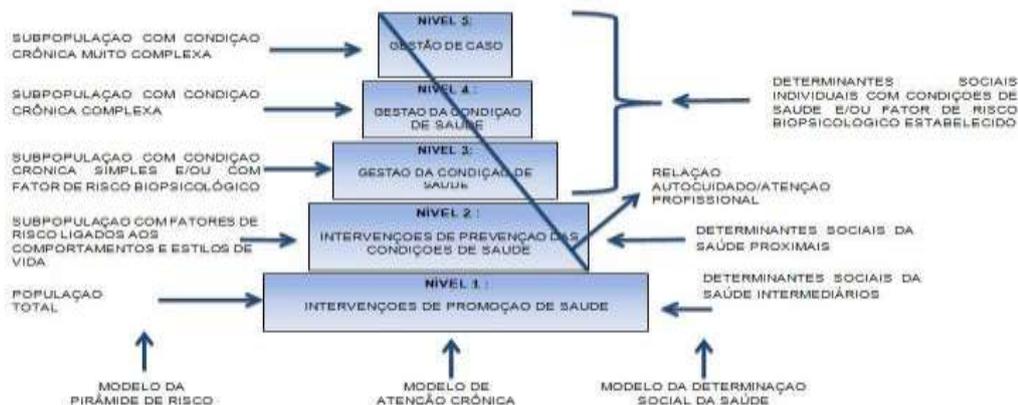
Na reorientação e reorganização da atenção à saúde do município de Fortaleza em 2013 foi centrado na Atenção Primária à Saúde (APS) pelo Plano diretor da atenção primária à saúde, através de uma consultoria contratada pela SMS e coordenada por Eugênio Villaça Mendes como um fio condutor para realização do processo de mudança do modelo de atenção do município (LIMA, 2016).

Na APS em Fortaleza, ocorreu a implementação simultaneamente de dois modelos de atenção. Um modelo para as Condições Crônicas e o outro modelo proposto para as condições agudas. O Protocolo de Manchester, modelo das condições agudas, é utilizado na rede de atenção de urgência e emergência que classifica a gravidade do estado geral de saúde e o tempo oportuno de atendimento para aquela situação do usuário (LIMA, 2016).

Todavia, esse protocolo efetivamente não foi implementado na APS devido à falta de capacitação do profissional da ESF, principalmente enfermeiro, exposto grande demanda espontânea, o custo desse protocolo com certificação e a estrutura organizacional da unidade de saúde (horário de atendimento), então foi este substituído pela capacitação profissional no caderno da atenção básica nº. 28 – Acolhimento à demanda espontânea (CEARÁ, 2017).

Para Lima (2016), a SMS selecionou quatro tipos de intervenção para as condições crônicas: a promoção à saúde, prevenção das condições da saúde, gestão da condição da saúde e gestão de casos. O Modelo adotado de Atenção às Condições Crônicas foi o MACC (Figura 3).

**Figura 3 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)**



Fonte: Mendes, (2011).

Durante a nova gestão municipal (2013 a 2016), a saúde bucal no município de Fortaleza teve momentos críticos de fragilidades, rupturas e resistências.

O primeiro fato de ruptura foi tentativa de extinção, por parte do gabinete municipal de saúde, da Comissão de Gestão de Saúde Bucal Coletiva (Coordenação municipal e regionais de saúde bucal) que era vinculada à SMS (FORTALEZA, 2006b) transformando-a em uma área técnica delimitada no locus da APS, em consequência da aprovação do novo organograma da SMS, logo no início da gestão municipal (FORTALEZA, 2013).

Houve reação política contrária à extinção das coordenações, através das entidades odontológicas, principalmente da Associação Brasileira de Odontologia, conseguindo manter os cargos das coordenações regionais e a coordenação municipal de saúde bucal.

Fortaleza, devido à construção social histórica da saúde bucal após 2006, com o aumento expressivo da inserção dos profissionais nas ESB na ESF no município, atualmente ocupa a terceira posição em termo de cobertura entre as dez maiores capitais do país (Tabela 1).

**Tabela 1 - A cobertura da Equipe de Saúde Bucal nas dez maiores capitais do Brasil. Considerando uma ESB para uma população de 3.500 pessoas**

Capital	Pop total*	Nº de EqSB	Cobertura (%)	Posição
Belo Horizonte	2.521.564	308	42,7	1º
Recife	1.653.461	166	35,1	2º
Fortaleza	2.686.612	260	33,8	3º
Salvador	2.886.698	267	32,3	4º
Curitiba	1.948.626	135	24,2	5º
Goiânia	1.536.097	99	22,5	6º
Brasília	3.055.149	185	21,1	7º
Manaus	2.219.580	113	17,8	8º
São Paulo	12.325.232	474	13,4	9º
Rio de Janeiro	6.747.580	219	11,3	10º

(\*) População estimada para ano 2020 pelo IBGE

Fonte: Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2020 e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde, mês de referência Abril de 2020.

Segundo acontecimento foi reorganização da estrutura de atendimento: o horário da unidade de saúde que passou das 07:00 as 19:00 horas, com as categorias de saúde de nível superior com 32 horas assistenciais (quatro turnos de seis horas e

um turno de oito horas ou oito turnos de quatro horas) e 08 horas para educação permanente (SILVEIRA, 2016). Posteriormente, foi incluído os agentes comunitários de saúde nesse formato.

Importante esclarecer que a regulamentação dessas horas da educação permanente para os profissionais da APS, aconteceu sete anos depois, através da portaria nº. 1436 de 2019, que é instrumento legal para comprovar o cumprimento da carga horária dos profissionais junto aos órgãos de controle público, Ministério Público e Controladoria Geral da União (FORTALEZA, 2019).

No período anterior à regulamentação da educação permanente, os profissionais desenvolviam o processo de qualificação de acordo com seus interesses, sem exigência da comprovação da gestão municipal.

Entretanto, essa portaria indica o profissional de saúde da ESF como responsável pela sua formação e comprovação da educação permanente. Com esse requisito, a gestão municipal de saúde se desresponsabiliza no direcionamento da capacitação dos profissionais para SUS, mesmo com as metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde (2017-2021) para Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (FORTALEZA, 2019).

A cooperação e a integração do processo de trabalho da equipe ficaram fragilizadas porque na lógica da estrutura do modelo de atenção da condição aguda, a gestão da unidade de saúde estabeleceu os horários (as escalas) dos profissionais de nível superior que podiam ou não coincidir com os horários da ESB, dificultando o encontro e as reuniões dos profissionais nas equipes.

Um fato extremamente relevante foi a contratação da consultoria de saúde que apresentou um projeto já pré-determinado para secretaria com seus processos, fluxos e estratégias e de implantação do modelo de atenção na APS, orientando a construção das redes de atenção na capital cearense.

Isso teve um grande tensionamento entre as ESB e a coordenação municipal e coordenações regionais de saúde bucal que questionaram a consultoria e o comando da secretaria municipal de saúde sobre o processo. O trabalho idealizado e planejado pela consultoria para ESB somente preconizava o atendimento de crianças na faixa etária de 0 a 2 anos (puericultura), a primeira consulta odontológica em gestante e uma priorização no atendimento do diabético.

A implantação deste modelo de atenção gerou um sentimento de incertezas e insatisfação nos cirurgiões-dentistas da ESF, considerando que na gestão municipal anterior experimentou um momento de crescimento, desenvolvimento e fortalecimento nos seus respectivos territórios em termos de vivências, práticas e ações de assistência, promoção e vigilância de saúde bucal, sintonizada pela PNSB.

O processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas da ESF de Fortaleza não estava considerado e inserido na agenda de prioridades da Consultoria de saúde e do alto comando da SMS.

A coordenação municipal e as coordenações regionais de saúde bucal organizaram dois manuais de saúde na perspectiva de construção do processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas na APS, materializando a disputa técnica e política com a consultoria, para inserção saúde bucal na agenda da prioritária da secretaria.

Em 2015, foi lançado o Manual de Promoção de Saúde Bucal do Município de Fortaleza que publicitou as ações e práticas de saúde exitosas das ESB como uma tentativa bem intencionada de direcionar o processo de trabalho dos CDs na cidade (FORTALEZA, 2015).

No ano seguinte, foi lançado o segundo manual, Linha Guia de Saúde Bucal, com sua diretriz municipal incluindo os protocolos de atendimentos, os grupos prioritários (atendimento à gestante, a criança de 0 a 3 anos, diabéticos e pacientes com necessidades especiais), organização e estruturação dos níveis de atenção primário, secundário e terciário e a epidemiologia (FORTALEZA, 2016).

A Linha Guia de Saúde Bucal é uma demonstração da construção de uma Rede de Atenção à Saúde Bucal, através dos seus pontos constituintes, mas não formalizada legalmente como uma RAS. A publicação desse documento ocorreu no último ano da primeira gestão municipal que coincidiu com o último ano da prestação dos serviços da Consultoria de Saúde no município (FORTALEZA, 2016).

Nos dois últimos planos municipais de saúde (2014 -2017 e 2018 -2021), a área técnica da saúde bucal tinha um planejamento de aumentar a cobertura das equipes de saúde bucal e, conseqüentemente, aumento do indicador de primeira consulta odontológica através da realização de concurso público para os componentes da ESB: cirurgião-dentista, auxiliar e técnico de saúde bucal, contudo ainda esse fato não aconteceu (CEARÁ, 2017; FORTALEZA, 2017).

O Plano Municipal de Saúde (2018-2021) demonstra uma intencionalidade baseada no modelo de atenção à saúde idealizado para a cidade. A saúde bucal que integra esse instrumento legal do SUS, fica evidente o direcionamento para prática de odontologia tradicional (cirúrgica-restauradora) (FORTALEZA, 2017). Assim, o indicador ação coletiva de escovação supervisionada foi suprimido deste plano municipal. Conseqüentemente, há mais de dois anos as ESB do município verificaram a falta dos insumos odontológicos (creme, fio e escovas dentais) impossibilitando a realização dessas ações de promoção e prevenção da saúde bucal.

Um fato inusitado é que os Planos Municipais de Saúde do quadriênio 2014-2017 (CEARÁ, 2017) e do quadriênio 2018-2021 (FORTALEZA, 2017) foram publicados no mesmo ano.

## **5 CAMINHO METODOLÓGICO**

### **5.1 Tipo de estudo**

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, transversal, descritiva e observacional. Esse método foi selecionado para verificar a magnitude da situação-problema e suas possíveis causas.

### **5.2 Cenário de estudo**

Esta pesquisa foi desenvolvida em todas as Unidades de Atenção Primária à Saúde das seis Secretarias Regionais do município de Fortaleza, Ceará. Foram escolhidas as seis secretarias regionais devido à relevância e amplitude da problemática da pesquisa junto aos participantes, cirurgiões-dentistas do município.

O município fica localizado no litoral norte do estado do Ceará, com área territorial de 313,8 km<sup>2</sup>. Limita-se ao norte com o Oceano Atlântico, a leste com o município de Aquiraz, ao sul com o município de Pacatuba e a oeste, com os municípios de Caucaia e Maracanaú (FORTALEZA, 2010b)

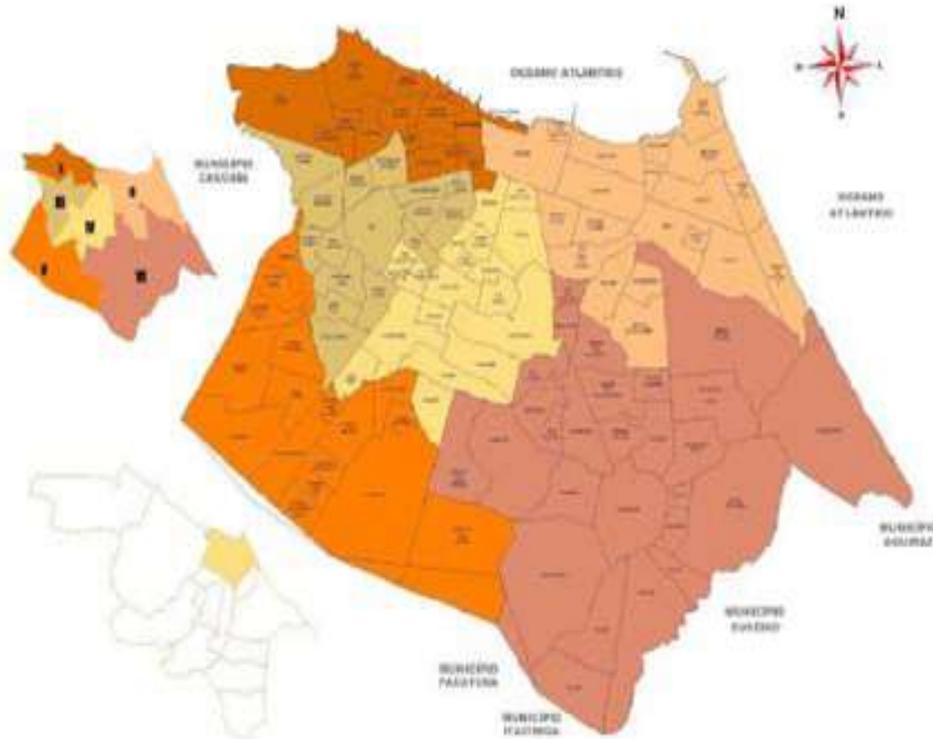
A capital cearense é o quinto maior município em contingente populacional do Brasil, com população total estimada em 2.627.482 habitantes. Quanto à distribuição do sexo, verifica-se que 1.229.974 (47,8%) são do sexo masculino e 1.397.508 (52,2%) são do sexo feminino, e tem uma densidade populacional de 8.373 habitantes por km<sup>2</sup>, sendo considerada a maior densidade demográfica entre as capitais brasileiras (FORTALEZA, 2017)

A estrutura etária da população é composta predominantemente por jovens e adultos, sendo que o maior agrupamento para ambos os sexos está na faixa etária de 20 a 24 anos (10,5% masculino e 10,1% feminino). Entretanto, existe uma convergência da população ao envelhecimento seguindo a tendência semelhante do país, consequência de um aumento de expectativa de vida associado à redução da taxa de crescimento populacional.

Desde o fim da década de 1990, o município de Fortaleza adotou por meio da Lei Municipal nº 8.000 de 29 de janeiro de 1997, o modelo administrativo das

Secretarias Regionais (SR) e reformulou a organização administrativa municipal com o objetivo de descentralizar a gestão (figura 4).

**Figura 4 - Distribuição dos bairros e Secretarias Regionais de Fortaleza, CE**



Fonte: SMS/PMF.

Assim, o município teve seu território dividido em 06 regiões administrativas e, posteriormente, a Secretaria Regional Centro foi agregada para cuidar especificamente do centro da cidade (CEARÁ, 2017).

Em cada Secretaria Regional funcionam as Coordenadorias de Saúde, Educação, Meio Ambiente, Assistência Social e Infraestrutura, exceto a Secretaria Regional do Centro que não possui Coordenadoria de Saúde.

O município é composto por 119 bairros distribuídos nas seis secretarias regionais de Fortaleza com perfis de renda e população bastante heterogêneos. A SR V é a maior população com 541.511 habitantes e com a menor renda média de R\$ 471,10. A SR IV tem a menor população com 281.645 habitantes e a SR II tem a maior renda média entre as regionais com R\$ 1.850,10 por pessoa.

Os bairros de Fortaleza não constituem áreas economicamente homogêneas e pode-se dizer que o município se assemelha a um “mosaico” de

contrastes urbanos e desigualdades sociais; é possível perceber em alguns bairros de melhor IDH da cidade, bolsões de miséria onde a população está precariamente assentada (FORTALEZA, 2017).

Historicamente, os bairros da zona leste concentram a maioria da população de classe alta, beneficiada com uma maior e melhor quantidade e qualidade de serviços e infraestrutura urbana. A parte oeste da cidade, no entanto, é ocupada predominantemente por bairros com população de baixa renda, onde prevalecem as favelas, assentadas em loteamentos clandestinos e irregulares e edificadas mediante regime de autoconstrução da moradia, fora dos padrões mínimos de conforto, e em zonas fragilmente urbanizadas em matéria de equipamentos e serviços urbanos, caracterizando a expansão da periferia urbana e metropolitana (CEARÁ, 2017).

Fortaleza ocupa, atualmente, a 17<sup>a</sup> colocação do ranking do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) das metrópoles do país com índice de 0,732. Esse índice situa o município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). Tal posição foi alavancada com a contribuição ampla dos índices de Longevidade, com índice de 0,814, seguido de Renda, com índice de 0,716, e de Educação, com índice de 0,672 (FORTALEZA, 2017).

No ano de 2006, o município em parceria com o governo estadual realizou concurso público para efetivação dos cargos públicos dos profissionais de saúde de nível superior (médicos, enfermeiros e dentistas) da estratégia saúde da Família (FORTALEZA, 2006a). Atualmente, estão lotados nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e distribuídos nas seis Secretarias Regionais, subordinados pelas Coordenadorias Regionais de Saúde – CORES (CEARÁ, 2017). Veja a distribuição dos cirurgiões-dentistas no município por regional (Quadro 2).

**Quadro 2 - Os cirurgiões-dentistas (CD) das equipes Saúde da Família distribuídos nas seis Coordenadorias Regionais nas Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza**

<b>CORES</b>	<b>UAPS</b>	<b>Nº. Eq SF</b>	<b>Nº. Eq SF/SB</b>	<b>Nº. Eq EACS</b>	<b>Nº. Eq EACS/SB</b>	<b>TOTAL CD NA APS</b>
<b>I</b>	15	55	28	13	5	<b>33</b>
<b>II</b>	12	38	30	9	4	<b>34</b>
<b>III</b>	18	56	34	22	8	<b>42</b>
<b>IV</b>	13	34	23	14	8	<b>31</b>
<b>V</b>	25	63	30	34	13	<b>43</b>
<b>VI</b>	29	96	61	30	9	<b>70</b>
<b>TOTAL</b>	112	342	206	122	47	<b>253</b>

Fonte: Coordenação de Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Saúde- CNES/Dezembro de (2018).

O município de Fortaleza possui uma vasta rede de equipamentos de saúde para atendimento da população próximos da sua residência, distribuídos nas seis secretarias regionais. A rede é composta por 109 unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), 10 hospitais públicos municipais (atenção secundária e terciária), 09 unidades de Pronto Atendimento (UPA); 11 centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - Infantil, Geral e Álcool e Drogas (AD); 04 centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Centrais de Distribuição de Medicamentos no Terminal (CDMT), equipes de Consultório na Rua, Espaço Ekobé, além de espaços para desenvolvimento de práticas integrativas e complementares à saúde, que frequentemente funcionam dentro das unidades de atenção primária à saúde (FORTALEZA, 2017).

### **5.3 Dados da pesquisa**

#### **5.3.1 Participantes/População da pesquisa**

Os participantes dessa pesquisa foram todos os cirurgiões-dentistas, no total de 253 profissionais que trabalham na Atenção Primária à Saúde - nas equipes

da Estratégia Saúde da Família ou nas equipes de agentes comunitários de saúde no município de Fortaleza. Como critérios de inclusão: ter tempo de atuação na Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza no mínimo 6 meses. Foram excluídos os cirurgiões-dentistas que estejam de licença médica e de férias durante a realização da pesquisa. Foram respeitados os indivíduos que não aceitaram participar da pesquisa.

## **5.4 Método de coleta e análise**

### **5.4.1 Projeto Piloto**

O projeto-piloto foi aplicado para um grupo de cinco cirurgiões-dentistas que trabalham na APS com a intenção de identificar dificuldades de interpretação ou de entendimento das perguntas do primeiro formulário como um pré-teste.

O primeiro formulário foi enviado para que os cirurgiões-dentistas respondessem às perguntas sobre o conhecimento do planejamento em saúde. Depois de responderem ao formulário-piloto, foi enviado o segundo formulário para saber se o tema estava de acordo com a temática, se as perguntas estavam claras e objetivas, avaliar o tempo gasto de responder o formulário, dificuldade de responder por causa da estrutura da pergunta e sugestão em melhoria do formulário.

Esses profissionais de saúde do município de Fortaleza que participaram do projeto-piloto não fizeram parte da pesquisa.

### **5.4.2 Coleta dos Dados**

A coleta de dados se realizou através de um formulário eletrônico autopreenchido pelos cirurgiões-dentistas. Esse formulário conteve um roteiro de perguntas estruturadas que contemplou os seguintes aspectos do planejamento: conceito do planejamento em saúde; a visão da prática do planejamento, epidemiologia, os indicadores de saúde bucal, suas utilizações e a promoção das atividades de planejamento em saúde bucal no município. O pesquisador enviou o formulário eletrônico por e-mail para os participantes. Os e-mails dos cirurgiões-dentistas foram fornecidos pelas coordenações de Saúde Bucal de cada Regional,

através da Carta de Anuência da Coordenadoria de Ensino, Pesquisa e Programas Especiais da SMS autorizando a pesquisa.

O participante recebeu um e-mail com um link para ser acessado, que levou para a página do formulário eletrônico (Google forms). Ao abrir o formulário, a primeira parte foi o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que o cirurgião dentista deveria ler e concordar em participar da pesquisa para, em seguida, ser direcionado para segunda parte que corresponde ao preenchimento do formulário sobre planejamento e saúde bucal.

Após o término do preenchimento do formulário, o participante deveria clicar no botão enviar formulário e receber uma mensagem automática que seu formulário foi enviado com sucesso. Cada cirurgião-dentista só poderia responder ao formulário uma única vez, pois a ferramenta eletrônica bloqueava automaticamente uma segunda resposta.

Para garantir uma quantidade mínima de respostas a serem respondidas, utilizamos o mecanismo de resposta obrigatória na construção das perguntas do formulário eletrônico.

A coleta de dados da pesquisa ocorreu entre junho e setembro de 2019.

#### 5.4.3 Análise dos Dados

No mês de setembro foi utilizado o Programa SPSS para análise dos dados.

Foram excluídos da amostra os cirurgiões-dentistas que tinham menos de 6 meses de atuação na Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, pelo critério de exclusão da pesquisa. As respostas de 155 cirurgiões-dentistas foram analisadas após a exclusão, perfazendo 61,3% da população total da pesquisa.

Os dados quantitativos foram analisados por estatística descritiva (frequência simples, frequência percentual, média e desvio padrão) e inferencial (Qui-quadrado de Independência).

## **6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob o parecer nº. 3.285.601, respeitando os aspectos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Todos os participantes que aceitaram participar deste estudo assinaram um TCLE na primeira tela do formulário eletrônico.

A confidencialidade das respostas da pesquisa foi garantida através da não identificação pessoal do profissional e sem a vinculação com a unidade de saúde, evitando assim constrangimento dos cirurgiões-dentistas em responder ao formulário.

Os riscos da pesquisa são mínimos para os indivíduos, pois o instrumento da coleta foi um formulário autopreenchido, além disso, foi garantido o anonimato aos participantes. Os benefícios da pesquisa serão a análise do conhecimento e a prática do planejamento em saúde bucal pelo CD da ESF do município de Fortaleza.

## 7 RESULTADOS

A pesquisa foi realizada entre os meses de junho e setembro de 2019 no município de Fortaleza. Responderam ao formulário eletrônico 155 cirurgiões-dentistas correspondentes a 61,3% da amostra. A maioria dos pesquisados é do sexo feminino (72,3 %) com média de idade 42,6 anos, com tempo de formação na média de 19,3 anos e 65,2% são especialistas. Na distribuição dos CD pela cidade obteve-se os seguintes resultados 12,9%; 11,6%; 16,1%; 18,7%; 14,2% e 26,5% respectivamente das secretarias regionais I,II,III, IV, V e VI. Os pesquisados relatam que 62,6% tem mais de 11 anos de trabalho na capital cearense e 65,2% dos CD tem até 10 anos na mesma unidade de saúde (Tabela 2).

**Tabela 2 – Distribuição das características relacionadas ao perfil dos participantes pesquisados, Fortaleza-CE, 2019** (Continua)

<b>Características</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
<b>Idade (anos)</b>			42,6	± 7,4
<b>Tempo de formado</b>			19,3	± 7,0
<b>Sexo</b>				
Masculino	43	27,7		
Feminino	112	72,3		
<b>Titulação acadêmica</b>				
Somente graduado	2	1,3		
Aperfeiçoamento	6	3,8		
Especialização	101	65,2		
Residência	7	4,5		
Mestrado	37	23,9		
Doutorado	2	1,3		
<b>Secretaria Regional do município de Fortaleza que trabalha</b>				
Regional I	20	12,9		
Regional II	18	11,6		
Regional III	25	16,1		
Regional IV	29	18,7		
Regional V	22	14,2		
Regional VI	41	26,5		

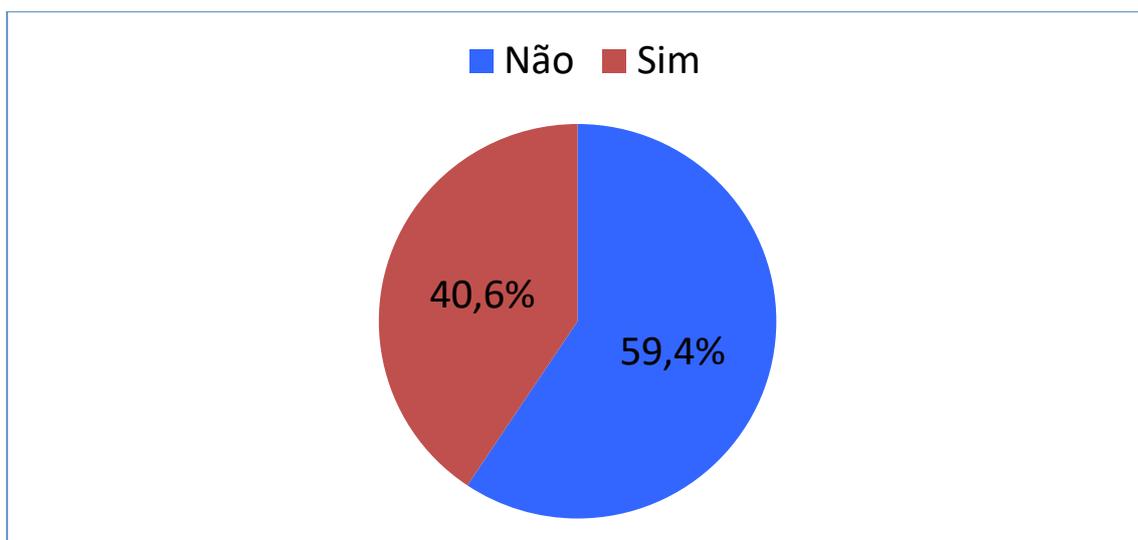
(Conclusão)

<b>Tempo de trabalho como cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza</b>				
6 a 12 meses	5	3,2		
1 a 5 anos	2	1,3		
6 a 10 anos	54	34,8		
11 a 15 anos	78	50,3		
≥ 16 anos	19	12,3		
<b>Tempo de trabalho na atual Unidade de Atenção Primária à Saúde</b>				
6 a 12 meses	11	7,1		
1 a 5 anos	40	25,8		
6 a 10 anos	50	32,3		
11 a 15 anos	51	32,9		
≥ 16 anos	3	1,9		

Nota:  $n$  = Número Absoluto. % = frequência percentual. DP = Desvio Padrão.  
 Fonte: Elaborado pelo autor, (2019).

No tocante à prática do planejamento em saúde pelo cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família 92 CD (59,4%) não realizam planejamento em saúde (Gráfico 1).

**Gráfico 1 – Percentual de pesquisados acerca da realização do planejamento em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde, Fortaleza-CE, 2019**



Fonte: elaborado pelo autor, (2019).

Na temática sobre planejamento em saúde, os pesquisados responderam da seguinte forma: a maioria dos dentistas 55,5% tem bom conhecimento sobre planejamento; 76,8% consideram alta a importância da realização do planejamento pelo CD na atenção primária à saúde.

Em relação ao tipo de planejamento utilizado, 18,1% utilizam a opção outro tipo de planejamento; 10,3% utilizam o planejamento estratégico situacional (PES); 7,1% Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS); 5,8% planejamento normativo e 1,3% projeto orientado por objetivo (ZOPP), enquanto 57,4% não realizam planejamento ou não sabem responder esse questionamento.

No quesito qual instrumento de gestão do SUS orienta seu planejamento 60,7% não utiliza qualquer tipo de instrumento ou não sabem responder esse questionamento; 24,5% utilizam a Diretriz Municipal da Saúde Bucal; 12,9% outro tipo de instrumento; 7,7% Plano municipal de saúde seguido por Programação Anual de Gestão 1,9% e Relatório Anual de Gestão 1,2%. O resultado total ficou acima de 100% (108,9%), pois o CD podia escolher mais de uma opção.

Sobre a utilização de indicador de saúde, 56,1% não o utilizam no planejamento, considerando que a maioria dos CD não pratica o mesmo. Dentre os indicadores de saúde utilizados: a cobertura de primeira consulta programática e proporção de gestantes e a primeira consulta odontológica 36,8% e 27,1%, respectivamente, são os mais utilizados pelo CD. Além disso, 75,5% dos pesquisados responderam que não tiveram capacitação ou treinamento para realizar o planejamento (Tabela 3).

**Tabela 3 – Distribuição das características relacionadas ao perfil do planejamento e da gestão dos pesquisados, Fortaleza- CE, 2019** (Continua)

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Como você classificaria seu nível de conhecimento sobre planejamento em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde?</b>		
Insuficiente	11	7,1
Regular	48	30,9
Bom	86	55,5
Ótimo	10	6,5
<b>Qual a importância do cirurgião-dentista realizar planejamento em</b>		

(Continuação)

<b>saúde bucal na Atenção Primária à Saúde?</b>		
Alta	119	76,8
Média	32	20,6
Regular	3	1,9
Baixa	1	0,6
<b>Qual o tipo de planejamento em saúde bucal você realiza na Atenção Primária à Saúde?</b>		
Planejamento Normativo	9	5,8
Planejamento Estratégico Situacional (PES)	16	10,3
Método Altadir de Planejamento Popular (MAPP)	-	-
Projeto orientado por objetivo (ZOPP)	2	1,3
Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS)	11	7,1
Outros	28	18,1
Não realizo Planejamento/Não sei responder	89	57,4
<b>Quais instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde - SUS você utiliza para a realização do planejamento em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde?</b>		
Plano Municipal de Saúde (PMS)	12	7,7
Relatório Anual de Gestão (RAG)	2	1,2
Programação Anual de Gestão (PAG)	3	1,9
Diretrizes Municipal da Saúde Bucal	38	24,5
Outros instrumentos	20	12,9
Não realizo Planejamento /Não sei responder	94	60,7
<b>Quais os indicadores de saúde bucal você utiliza no seu planejamento em saúde na Atenção Primária à Saúde?</b>		
Não utilizo indicadores de saúde bucal no planejamento em saúde na atenção básica	87	56,1
Cobertura de primeira consulta odontológica programática	57	36,8
Razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos	7	4,5
Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais	3	1,9
Razão entre tratamento concluído e a primeira consulta odontológica programática	40	25,8
Proporção entre de exodontias em relação aos procedimentos	20	12,9
Proporção de gestantes e a primeira consulta odontológica	42	27,1
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	17	11,0
Outro	5	3,2
Não sei responder	2	1,3

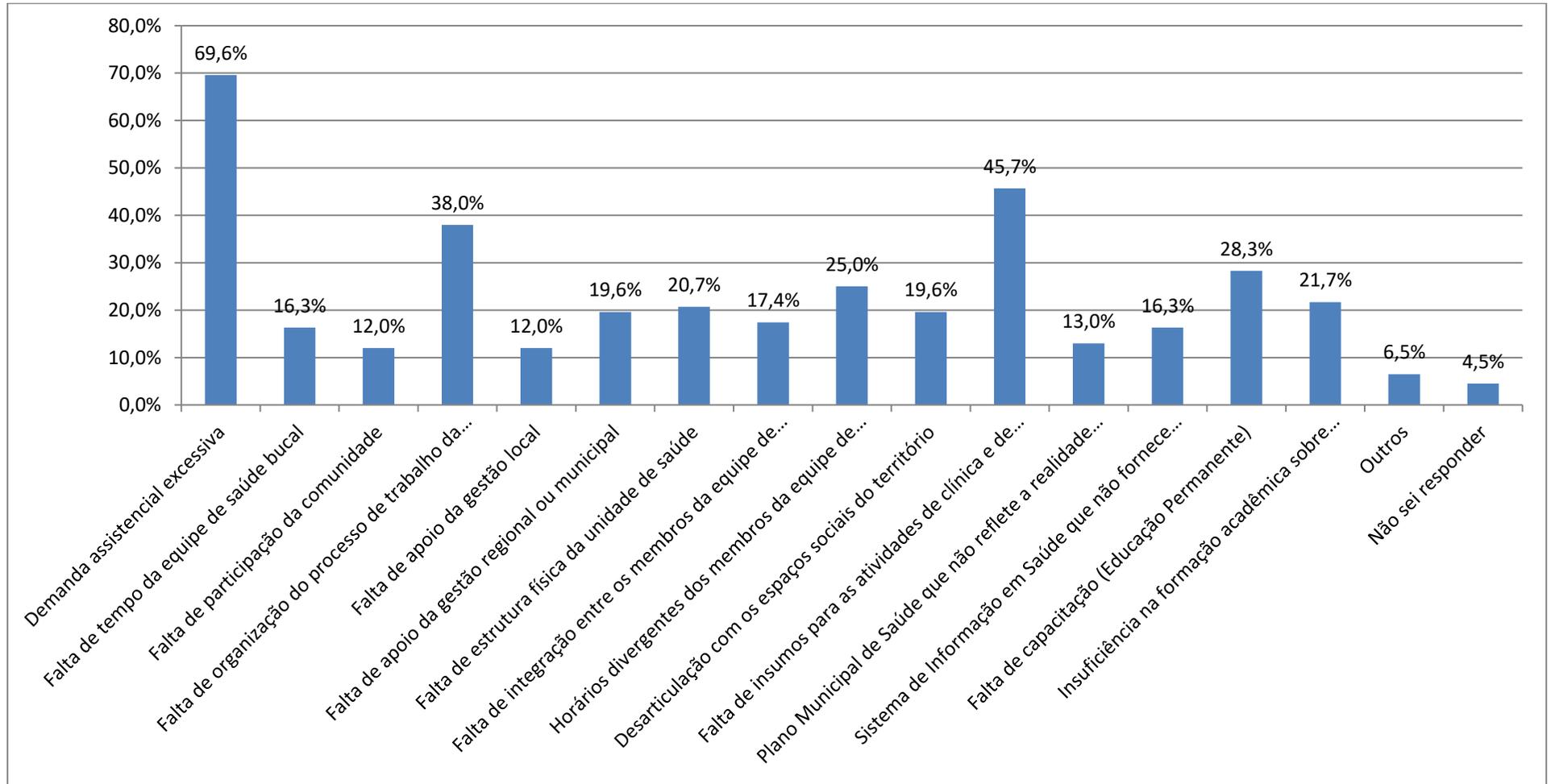
<b>Você recebeu algum treinamento/capacitação para realizar o planejamento em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde?</b>	<b>(Conclusão)</b>	
	Sim	38
Não	117	75,5

Nota:  $n$  = número absoluto. % = frequência percentual.

Fonte: Elaborado pelo autor, (2019).

Dentre os fatores que influenciam a não realização do planejamento de saúde bucal pelo CD na atenção primária: 69,6% apontaram a demanda assistencial excessiva; 47,5% a falta de insumos para as atividades clínicas e extraclínicas da saúde bucal; 38,0% a falta de organização do processo de trabalho da equipe de saúde bucal; 28,3% a falta de capacitação (Educação Permanente); 25,0% os horários divergentes dos membros da equipe de saúde (escalas de trabalho na unidade de saúde) e 21,7% a Insuficiência na formação acadêmica sobre planejamento em saúde. Esses são os seis fatores mais citados pelos pesquisados (Gráfico 2).

**Gráfico 2 – Percentual de fatores que influenciam a não realizar o planejamento em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde, pelos pesquisados Fortaleza - CE, 2019**



Fonte: Elaborado pelo autor, (2019).

Sobre a programação das ações em saúde bucal no território pelo CD, 72,3% dos profissionais pesquisados as realizam. Dentre os membros da ESF que fazem junto com CD a programação em saúde bucal, 63,9% citaram o auxiliar de saúde bucal, 57,4% agente comunitário de saúde, 47,1% enfermeiro(a), 27,1% TSB; 20,0% o coordenador da UAPS, 18,7% médico(a) e 12,3% usuários.

Na programação em saúde para dar assistência à saúde bucal aos grupos prioritários ou nas faixas etárias os CD citaram: 76,1%, as gestantes; 53,5%, crianças de 0 a 3 anos; 47,1%, diabéticos; 40,6%, idosos; 29,0%, hipertensos; 25,8%, crianças de 5 a 12 anos; 23,2%, portadores de deficiências físicas/visuais/auditivas; 18,1%, pessoas vivendo com HIV; 8,4%, pacientes mentais leves; 8,4%, síndromes sem acometimento sistêmico grave; 3,9%, pacientes epiléticos controlados e 3,9%, outros.

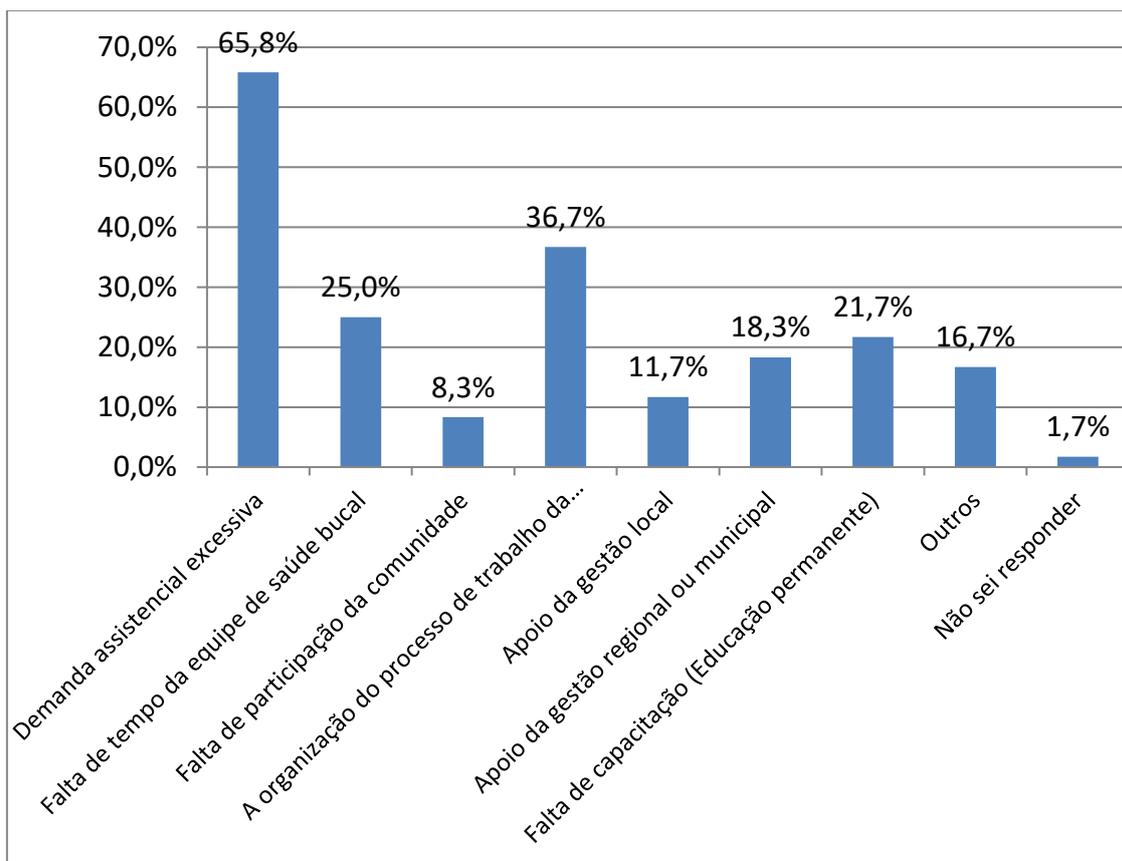
No que diz respeito aos fatores mais importantes que favorecem a execução das ações planejadas, os CDs responderam: 58,1% dos profissionais assinaram a integração entre os membros da equipe de saúde; 57,4% o apoio da coordenação da UAPS; 43,9% a estrutura física da unidade de saúde; 41,9% o apoio da coordenação regional de saúde bucal; 38,7% a articulação com os espaços sociais do território; 33,5% o prontuário eletrônico; 26,5% as ações de educação permanente; 19,4% o apoio da gestão central da SMS; 16,8% a articulação com controle social; 12,3% o plano municipal de saúde; 10,3% não sabe responder e 5,2% outros.

Já os fatores que dificultam a realização das ações planejadas são bem semelhantes aos fatores que influenciam a não realização do Planejamento de Saúde Bucal pelos CD citados anteriormente. Nesse caso, 69,7% dos profissionais assinaram a demanda assistencial excessiva; 57,4% a falta de insumos para as atividades de clínica e de extra clínica da saúde bucal; 38,7% a estrutura física da UAPS; 29,7% as escalas de trabalho divergentes dos membros da equipe de saúde; 29,7% processo de planejamento em saúde desarticulado entre trabalhadores de saúde, gestão e o controle social; 29,0% a inexistência de processo de educação permanente; 25,8% a falta de tempo da equipe de saúde bucal para ações de planejamento; 20,6% o sistema de informação em saúde bucal que não fornece elementos (dados) para o planejamento; 20,6% a insuficiência na formação acadêmica sobre planejamento em saúde; 12,9% o plano municipal de saúde que não reflete a realidade local de saúde.

Na abordagem da contribuição da epidemiologia no planejamento o CD da ESF de Fortaleza respondeu da seguinte forma: 45,8% relevante; 38,1% extremamente relevante; 6,5% pouco relevante; 2,6% insignificante e 7,1% não sabe responder.

Ressalte-se que 77,4% dos cirurgiões-dentistas pesquisados não realizam o levantamento epidemiológico no seu território. Dentre os fatores que influenciam a não realização do levantamento destacamos: 65,8% a demanda assistencial excessiva; 36,7% a organização do processo de trabalho da equipe; 25,0% a falta de tempo da equipe de saúde bucal; 21,7% a inexistência do processo de educação permanente dentre outros (Gráfico 5).

**Gráfico 3 – Percentual de pesquisados que indicaram quais são os fatores que influenciaram a não realização do levantamento epidemiológico em saúde bucal na sua equipe, Fortaleza-CE, 2019**



Fonte: Elaborado pelo autor, (2019).

Nas análises inferenciais, o teste de qui-quadrado de independência mostrou que existe associação entre a realização do planejamento em saúde na

Atenção Primária e receber algum treinamento/capacitação [ $X^2(1) = 10,576$ ;  $p = 0,001$ ]; realizar a programação das ações de saúde bucal no seu território [ $X^2(1) = 14,645$ ;  $p < 0,0001$ ]; como também realizar levantamento epidemiológico em saúde bucal para planejamento das ações na sua área de abrangência [ $X^2(1) = 7,020$ ;  $p = 0,008$ ] (Tabela 4).

Tabela 4 – Análise bivariada sobre Planejamento em Saúde pelo CD da atenção primária à saúde. Fortaleza-CE, 2019

	Você realizou o planejamento em saúde bucal na Atenção Primária?		p-valor	RR (IC 95%)
	Sim <i>n</i> (%)	Não <i>n</i> (%)		
<b>Quanto tempo você trabalha como cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza?</b>				
6 meses a 10 anos	21 (36,2)	37 (63,8)	0,384 <sup>1</sup>	1,345 (0,689 – 2,628)
> 10 anos	42 (43,3)	55 (56,7)		
<b>Quanto tempo você trabalha nessa atual Unidade de Atenção Primária à Saúde - UAPS?</b>				
6 meses a 10 anos	40 (39,6)	61 (60,4)	0,718 <sup>1</sup>	1,131 (0,579 – 2,213)
> 10 anos	23 (42,6)	31 (57,4)		
<b>Você recebeu algum treinamento/capacitação para realizar o planejamento em saúde bucal na Atenção Primária?</b>				
Sim	24 (63,2)	14 (36,8)	<b>0,001<sup>1</sup></b>	3,429 (1,599 – 7,353)
Não	39 (33,3)	78 (66,7)		
<b>Você realiza a programação das ações de saúde bucal no seu território?</b>				
Sim	56 (50,0)	56 (50,0)	<b>&lt; 0,0001<sup>1</sup></b>	5,143 (2,111 – 12,528)
Não	7 (16,3)	36 (83,7)		
<b>Você realiza levantamento epidemiológico em saúde bucal para planejamento das ações na sua área de abrangência?</b>				
Sim	21 (60,0)	14 (40,0)	<b>0,008<sup>1</sup></b>	2,786 (1,286 – 6,037)
Não	42 (35,0)	78 (65,0)		

RR: Risco relativo. IC 95%: Intervalo de confiança a 95%. *n*: número absoluto. %: frequência percentual. 1: p-valor para o teste qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019

Dos fatores que contribuem para execução das ações planejadas na sua Unidade de Atenção Primária à Saúde apenas o apoio da coordenação da UAPS obteve associação significativa com a realização do planejamento pelos CD na Atenção Primária à saúde [ $X^2(1) = 6,699$ ;  $p = 0,010$ ] (Tabela 5).

**Tabela 5 - Análise bivariada sobre Planejamento em Saúde pelo CD da atenção primária à saúde e fatores contribuem para execução das ações planejadas na UAPS. Fortaleza-CE, 2019**

(Continua)

	Você realizou o planejamento em saúde bucal na Atenção Primária?		p-valor	RR (IC 95%)
	Sim	Não		
	n (%)	n (%)		
<b>Quais fatores contribuem para a execução das ações planejadas na sua Unidade de Atenção Primária à Saúde?</b>				
<i>Estrutura física da unidade de saúde</i>				
Sim	32 (47,8)	35 (52,2)	0,116 <sup>1</sup>	1,681 (0,879 – 3,217)
Não	31 (35,2)	57 (64,8)		
<i>Integração entre os membros da equipe de saúde</i>				
Sim	40 (45,5)	23 (34,3)	0,162 <sup>1</sup>	1,594 (0,827 – 3,072)
Não	48 (54,5)	44 (65,7)		
<i>Apoio da coordenação da UAPS</i>				
Sim	44 (36,2)	45 (52,8)	<b>0,010<sup>1</sup></b>	2,149 (1,231 – 4,754)
Não	19 (28,8)	47 (71,2)		
<i>Apoio da Coordenação de Saúde Bucal Regional</i>				
Sim	30 (46,9)	34 (53,1)	0,185 <sup>1</sup>	1,551 (0,809 – 2,973)
Não	33 (36,3)	58 (63,7)		
<i>Apoio da Gestão Municipal de Saúde</i>				
Sim	16 (57,1)	12 (42,9)	0,050 <sup>1</sup>	2,270 (0,989 – 5,208)
Não	47 (37,0)	80 (63,0)		
<i>Articulação com controle social</i>				
Sim	14 (56,0)	11 (44,0)	0,088 <sup>1</sup>	2,104 (0,885 – 5,000)
Não	49 (37,7)	81 (62,3)		
<i>Articulação com os espaços sociais do território (Sindicatos, Associações de moradores, Escolas, Creches e Igrejas)</i>				

(Conclusão)

	Sim	28 (46,7)	32 (53,3)	0,225 <sup>1</sup>	1,500 (0,778 – 2,892)
	Não	35 (36,8)	60 (63,2)		
<i>Prontuário Eletrônico</i>					
	Sim	21 (42,0)	29 (58,0)	0,813 <sup>1</sup>	1,086 (0,548 – 2,153)
	Não	42 (40,0)	63 (60,0)		
<i>Plano Municipal de Saúde</i>					
	Sim	10 (55,6)	8 (44,4)	0,171 <sup>1</sup>	1,981 (0,735 – 5,338)
	Não	53 (38,7)	84 (61,3)		
<i>Educação Permanente</i>					
	Sim	21 (51,2)	20 (48,8)	0,108 <sup>1</sup>	1,800 (0,875 – 3,702)
	Não	42 (36,8)	72(63,2)		
<i>Outros</i>					
	Sim	1 (12,5)	7 (87,5)	0,096 <sup>1</sup>	0,196 (0,023 – 1,633)
	Não	62 (42,2)	85 (57,8)		

RR: Risco relativo. IC 95%: Intervalo de confiança a 95%. *n*: número absoluto. %: frequência percentual. 1: p-valor para o teste qui-quadrado de Pearson.  
 Fonte: Elaborado pelo autor, (2019).

No que concerne aos fatores que dificultam a execução das ações planejadas, a insuficiência da formação acadêmica demonstrou associação significativa com a não realização do planejamento em saúde por parte dos CD [ $\chi^2(1) = 7,263$ ;  $p = 0,007$ ] (Tabela 6).

**Tabela 6 - Análise bivariada sobre Planejamento em Saúde pelo CD da atenção primária à saúde que dificulta as ações planejadas na UAPS. Fortaleza-CE, 2019** (Continua)

	Você realizou o planejamento em saúde bucal na Atenção Primária?		p-valor	RR (IC 95%)
	Sim	Não		
	n (%)	n (%)		
<b>Quais fatores dificultam a execução das ações planejadas em sua Unidade de Atenção Primária à Saúde?</b>				
<i>Demanda assistencial excessiva</i>				
Sim	43 (39,4)	66 (60,6)	0,641 <sup>1</sup>	0,847 (0,421 – 1,702)
Não	20 (43,5)	26 (56,5)		
<i>Falta de tempo da equipe de saúde bucal</i>				
Sim	15 (38,5)	24 (61,5)	0,748 <sup>1</sup>	0,885 (0,421 – 1,862)
Não	48 (41,4)	68 (58,6)		
<i>Estrutura física da unidade de saúde</i>				
Sim	24 (41,4)	34 (58,6)	0,886 <sup>1</sup>	1,050 (0,542 – 2,034)
Não	39 (40,2)	58 (59,8)		
<i>A falta de insumos para as atividades de clínica e de extraclínica da saúde bucal</i>				
Sim	36 (40,9)	52 (59,1)	0,939 <sup>1</sup>	1,026 (0,537 – 1,959)
Não	27 (40,3)	40 (59,7)		
<i>Horários divergentes dos membros da equipe de saúde (escalas de trabalho na unidade de saúde)</i>				
Sim	18 (38,3)	29 (61,7)	0,695 <sup>1</sup>	0,869 (0,431 – 1,753)
Não	45 (41,7)	63 (58,3)		
<i>O horário de atendimento estendido da unidade (07 a 19 horas)</i>				
Sim	3 (60,0)	2 (40,0)	0,397 <sup>2</sup>	2,250 (0,365 – 13,870)
Não	60 (40,0)	90 (60,0)		

(Conclusão)

<i>Processo de planejamento em saúde desarticulado entre os trabalhadores de saúde, gestão (local, regional e municipal) e o controle social</i>					
	Sim	17 (37,8)	28 (62,2)	0,642 <sup>1</sup>	0,845 (0,415 – 1,721)
	Não	46 (41,8)	64 (58,2)		
<i>Plano Municipal de Saúde que não reflete a realidade local de saúde (epidemiológica e demográfica)</i>					
	Sim	10 (45,5)	12 (54,5)	0,620 <sup>1</sup>	1,258 (0,507 – 3,119)
	Não	53 (39,8)	80 (60,2)		
<i>Sistema de Informação em saúde bucal que não fornece elementos para o planejamento</i>					
	Sim	14 (48,3)	15 (51,7)	0,353 <sup>1</sup>	1,467 (0,651 – 3,302)
	Não	49 (38,9)	77 (61,1)		
<i>Insuficiência na formação acadêmica sobre planejamento em saúde</i>					
	Sim	7 (20,6)	27 (79,4)	<b>0,007<sup>1</sup></b>	0,301 (0,122 – 0,744)
	Não	65 (53,7)	56 (46,3)		
<i>Falta de capacitação (Educação Permanente)</i>					
	Sim	17 (37,0)	29 (63,0)	0,544 <sup>1</sup>	0,803 (0,395 – 1,632)
	Não	63 (57,8)	46 (42,2)		
<i>Não sei responder</i>					
	Sim	2 (25,0)	6 (75,0)	0,474 <sup>2</sup>	0,470 (0,092 – 2,407)
	Não	61 (41,5)	86 (58,5)		
<i>Outros</i>					
	Sim	3 (50,0)	3 (50,0)	0,688 <sup>2</sup>	1,483 (0,290 – 7,597)
	Não	60 (40,3)	89 (59,7)		

RR: Risco relativo. IC 95%: Intervalo de confiança a 95%. n: número absoluto. %: frequência percentual. 1: p-valor para o teste qui-quadrado de Pearson. 2: p-valor para o teste Exato de Fisher  
 Fonte: Elaborado pelo autor, (2019).

## 8 DISCUSSÃO

O planejamento em saúde por parte do cirurgião-dentista da ESF traz uma gama de complexidade, fluxos e de interações que a lógica e a práxis da atenção primária de saúde evidencia que esses profissionais não estão preparados/capacitados para utilizar do conhecimento da epidemiologia, no monitoramento dos indicadores de saúde bucal, dentro de uma determinada infraestrutura conectados em um plano de saúde interagindo com a gestão (local, regional e municipal), com os outros profissionais da ESF e os usuários dos respectivos territórios.

A pesquisa mostra que a faixa etária dos CD da ESF de Fortaleza está entre 35,2 anos e 50,0 anos de idade, corroborando com a pesquisa de Villalba, Madureira e Barros (2009) na cidade de Campinas – SP em que a faixa dos cirurgiões dentistas que trabalham na atenção primária estava entre 37 a 46 anos.

No aspecto do perfil dos participantes, a feminilização da profissão odontológica na atuação da ESF é uma realidade, pois a maioria, 72,3% dos profissionais no município, é do sexo feminino, fato este já relatado por Vilarinho, Mendes, Prado Jr (2007); Martinelli et al (2010) resultado da maioria de ingressantes nos cursos de formação nas profissionais da área da saúde no período de 1991 a 2004 (HADDAD et al. 2006).

Um dado relevante da pesquisa mostra que 98,7% (n=153) dos CD apresenta uma pós-graduação, desde um aperfeiçoamento (1,3%) até um doutorado (1,3%), sendo a maioria especialista 65,2% (n=101), além de uma expressiva quantidade CD apresentando mestrado 23,9% (n=37). Apesar desse expressivo número de CD com pós-graduação, ressalta-se que na opção da especialização não especificou se eram na área de saúde da família ou correlata. Na pesquisa da cidade campinense 60,5% dos dentistas tinham pós-graduação incluindo especialização, mestrado e doutorado (VILLALBA; MADUREIRA; BARROS, 2009).

Estudos demonstraram que nos anos iniciais da inserção da equipe de saúde bucal na ESF, a maioria dos CD não tinha especialização para atuação na ESF ou quando eram especialistas não era na área de saúde pública ou coletiva (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006).

Segundo Mendes Junior, Bandeira e Taija (2015) está em consonância com a pesquisa realizada no município e diretamente relacionada com a criação do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) do Programa Saúde da Família pela prefeitura de Fortaleza (FORTALEZA, 2007) e a política de educação permanente da área da saúde bucal que incentivou os cirurgiões dentistas participarem do Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade que foi financiado pelo Ministério da Saúde/OPAS (CHAGAS; NUTO; ANDRADE, 2008).

Sobre o tempo de trabalho do CD no município de Fortaleza, um dado positivo foi que a maioria dos profissionais, 62,6% (n=97), tinha mais de 11 anos na ESF na cidade. Contudo, observa-se uma grande percentagem de rotatividade dos cirurgiões-dentistas entre as unidades de saúde do município. No período de 6 meses a 5 anos, a variação entre o tempo de trabalho no município e o tempo de trabalho na UAPS nesse mesmo período foi substancial. Pois 4,5% (n=7) representando o tempo de trabalho na prefeitura passou 32,9% (n=51) representando o tempo de trabalho na atual UAPS dos cirurgiões-dentistas, significando um aumento expressivo nesse período.

A rotatividade de profissionais de saúde da ESF pode causar grandes prejuízos ao cuidado em saúde na sua área de abrangência, fragilizando o atributo da longitudinalidade, causando uma quebra de vínculo do profissional com a comunidade (TONELLI et al, 2018).

Segundo Medeiros *et al.* (2010), o estilo de gestão, o processo de trabalho da equipe, a influência político-partidária, a formação e o perfil dos profissionais, a conciliação entre vida profissional e pessoal, as condições de trabalho, o vínculo com a comunidade e a oportunidade de mercado de trabalho são condições que influenciam a permanência ou saída dos profissionais médicos ou enfermeiros na ESF.

Segundo Manassero e Bavaresco (2016), diversos fatores podem ser a causa da rotatividade dos profissionais CD da ESF, tais como: precarização dos direitos trabalhistas (a baixa remuneração, a forma de contratação, a instabilidade do trabalho) e a inserção tardia na equipe de saúde da família.

A criação e a implantação do PCCS da área da saúde, em especial na ESF, estabelecem uma maior estabilidade e valorização profissional na sua área de atuação (MENDES JÚNIOR; BANDEIRA; TAIJA, 2015; FORTALEZA, 2007).

Segundo Tonelli *et al.* (2018), os motivos de desligamento e de rotatividade de profissionais da ESF são: 43,6% (n=354) transferências para outra ESF, 39,2 % (n=318) término do contrato e 11,5% (n=93) demissão. O cirurgião-dentista da ESF foi o profissional de nível superior que mais permaneceu na sua equipe, com média de 26,8 meses. Na presente pesquisa do município de Fortaleza, não se verificou o motivo dessa alta rotatividade dos cirurgiões-dentistas.

Segundo Padilha *et al.* (2005), num estudo realizado na Paraíba, o relato da falta do planejamento local pelos CD e o modo operante da Odontologia tradicional pelas secretarias municipais de saúde é uma das características da área da saúde bucal dos municípios. No presente estudo, a maioria dos cirurgiões-dentistas da ESF de Fortaleza, 59,4% (n=92), não realizam a prática do planejamento em saúde no seu processo de trabalho. Contrapondo-se com as equipes de saúde bucal dos municípios do estado de Pernambuco, pois o planejamento das ações de saúde acontece em 86,0% das ESB (PIMENTEL, 2012).

A percepção da alta relevância da maioria dos CD da Atenção Primária do município de Fortaleza, sobre a realização do planejamento em saúde na sua área de abrangência, está em consonância e sedimentada pela Política Nacional de Saúde Bucal onde esse tema se apresenta como uma atribuição específica desse profissional em relação à saúde bucal (BRASIL, 2004).

O conhecimento específico sobre planejamento em saúde pelo cirurgião-dentista da ESF do município de Fortaleza é um dado importante, pois 62% (n=96) dizem ter conhecimento satisfatório (bom e ótimo) sobre o assunto. Isso pode ter correlação com a maior procura pelo CD de realizar pós-graduação em saúde da família, saúde pública ou saúde coletiva (MENDES JÚNIOR; BANDEIRA; TAIJA, 2015), geralmente este tema de planejamento em saúde está na matriz curricular dessas pós-graduações.

Segundo Sá *et al.* (2015), a ideia reducionista de plano de tratamento individualizado como sinônimo de planejamento em saúde por parte do CD da ESF impõe uma série de obstáculos para superação da odontologia tradicional baseada no individualismo, centrada no fator biológico, no tecnicismo e na clínica com contraste do protagonismo do profissional na reorganização do modelo de atenção.

A maioria dos CD da ESF do município de Fortaleza, 92,9% (n=144), afirmaram que o seu conhecimento em planejamento em saúde é ótimo, bom ou

regular. No entanto, 57,4% (n=89) dos CD não realizam qualquer método de planejamento ou não responderam.

Dentre os cirurgiões-dentistas que realizam o planejamento em saúde, os métodos de planejamento mais citados foram: 18,1% (n=28) realizam outros tipos que não os já conhecidos; 10,3% (n=16) utilizam o Planejamento Estratégico Situacional (PES) e 7,1% (n=11) o Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS) nos seus territórios.

Segundo Werneck (2012), o PES é uma ação transformadora através da mobilização de pessoas, instituições, organizações, países e/ou nações dentro de princípios democráticos, orientado pelas técnicas e processos metodológicos dos diversos atores construindo uma nova realidade em movimento. Segundo Silva *et al.* (2017), o PPLS tem como objetivo ser uma abordagem metodológica flexível para interação entre comunidade e os serviços de saúde.

Os 7,1% (n=11) dos CD que optaram pelo PPLS devem estar ligados ao fato de estudantes e professores do curso de Medicina da UECE, com apoio da gestão da CORES IV, aplicaram o método de planejamento e programação local em saúde, com os profissionais da ESF em oito UAPS desta secretaria regional. Isto resultou em uma vivência na prática do planejamento de acordo com a realidade de cada unidade de saúde, um excelente exemplo, no tocante ao planejamento em saúde na APS.

Segundo Kleba, Krauser e Vandruscolo (2011), as Novas Diretrizes Curriculares da saúde impõem uma nova forma de articulação entre as universidades, os serviços de saúde, a gestão do SUS e a comunidade. O PES vem ao encontro da formação do aluno que experimenta as várias percepções dos atores sobre os problemas de saúde nessa realidade e o direcionamento para resolução dos mesmos.

A presente pesquisa evidenciou que 60,7% (n=94) dos cirurgiões-dentistas de Fortaleza não utilizam qualquer tipo de instrumento no planejamento de saúde. Nesse aspecto, Vieira (2009) observa que os serviços de saúde funcionam de forma desarticulada, sendo apenas orientados pela noção de qual seja seu papel. Essa noção é produzida de acordo com a visão de mundo de cada dirigente e colaborador ou de seu entendimento sobre as diretrizes estabelecidas pela política setorial do Estado. Quando não realizam o planejamento, as atividades são executadas de forma acrítica ou pela inexistência da ação.

A Diretriz Municipal da Saúde Bucal (Linha Guia de Saúde Bucal) é um instrumento da gestão do município de Fortaleza para nortear e facilitar o planejamento/programação a nível local na ESF pelo cirurgião-dentista. A baixa empregabilidade do instrumento por parte do profissional, apenas 24,5% (n=38), sinaliza uma fragilidade no planejamento em saúde das ESB. Padilha *et al.* (2005) afirma que a mudança das ações de saúde bucal pelas equipes passa necessariamente pelo planejamento/programação baseado nas necessidades e nas condições de saúde da população (epidemiologia) daquela área adscrita.

Neste estudo, cerca 10,8% (n=17) dos cirurgiões-dentistas fazem acompanhamento de algum dos instrumentos jurídicos institucionais do SUS tais como: Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Gestão (PAG) e Relatório Anual de Gestão (RAG).

Segundo Vieira (2009), a criação de mecanismos jurídico-institucionais de planejamento no SUS, como as Leis Orgânicas 8080 e 8142; a Norma Operacional Básica – NOB 96 criando a Programação Pactuada Integrada (PPI), na Norma Operacional à Assistência à Saúde (NOAS) originando o Plano Diretor de Regionalização (PDR), a Agenda de Saúde, o Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG), trouxeram um grande avanço no Brasil para efetivação do sistema de saúde.

Sá *et al.* (2015) relata em um estudo realizado em Santa Catarina que o plano municipal de saúde não utiliza a epidemiologia ou indicadores de saúde bucal como parâmetros para o monitoramento e a avaliação das ações nas equipes de saúde bucal. Isso enfraquece o processo de trabalho da ESF pela falta do planejamento em saúde.

O Plano Municipal de Saúde de Fortaleza, no período 2018 – 2021, utiliza a epidemiologia em saúde bucal (CPO-D) na sua diretriz do Módulo Atenção Integral à Saúde, com os objetivos: ampliar e qualificar o acesso e a assistência em saúde bucal e ampliar o acesso à atenção especializada, com suas metas, ações, programação, indicador e responsável específico pela execução (FORTALEZA, 2017).

No que diz respeito à utilização dos indicadores no planejamento em saúde na atenção básica, 57,4% (n=89) responderam que não utilizam indicadores de saúde bucal e/ou não sabem responder. Segundo Lima (2017), dentre as fragilidades do

planejamento em saúde em Fortaleza é evidenciada a não interação com os profissionais de saúde da ESF na construção do plano de saúde, na organização do serviço e no processo de trabalho. França (2013) apud a Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA) (2008), refletindo sobre o conceito de Indicadores de Saúde afirma:

“Medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde”, pág. 13 (RIPSA,2008).

Padilha *et al.* (2005) alerta que a forma de avaliação das equipes de saúde bucal baseada em procedimentos de saúde, pode trazer impacto negativo nas transformações das práticas ou necessidade da manutenção das ações, pois não há uma reflexão dos profissionais sobre sua realidade. Entretanto, Mendes Júnior, Bandeira e Taija (2015) concluem que os indicadores de saúde bucal de desempenho e de monitoramento, adotados pelo MS, são de grande relevância em resposta da maioria dos cirurgiões-dentistas que trabalham na ESF de Fortaleza.

O Plano Municipal de Saúde 2018 a 2021 (FORTALEZA, 2017) traz em sua programação a pactuação dos indicadores de saúde bucal no processo de trabalho das equipes de saúde bucal, contudo essa pesquisa evidenciou pouco acompanhamento desses indicadores por parte dos profissionais com porcentagens de 36,8% (n=57) para cobertura de primeira consulta odontológica programática; 27,1% (n=42) para proporção de gestantes e a primeira consulta odontológica; 25,8% (n=40) para razão entre tratamento concluído e a primeira consulta odontológica programática; 12,9% (n=20) para a proporção de exodontias em relação aos procedimentos.

Outros indicadores como a razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos; a proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais e a média de ação coletiva de escovação supervisionada não estão contemplados no plano (FORTALEZA, 2017). Ressalte-se baixo índice de acompanhamento destes indicadores, por parte do CD, 4,5% (n=7), 1,9% (n=3) e 11,0% (n=17), respectivamente.

Lamy (2014) conclui que as alterações nos indicadores de saúde bucal devido as pactuações nas instâncias do SUS, através da grande variação na seleção e de quantidade de dados/informação ou até mesmo a falta de referência por um ano, assim como as contínuas mudanças de base de mensuração dos indicadores não permitem uma avaliação e um acompanhamento condizentes com a PNSB, devido uma análise imprecisa das séries históricas, não permitindo uma comparação no período de 1999 a 2013.

Entretanto, 11% (n=17) dos cirurgiões-dentistas escolheram a média de escovação supervisionada como um indicador de saúde bucal importante no planejamento da ESF. Isto pode ser reflexo da série histórica de utilização desse indicador no município de Fortaleza e da prática das ações realizadas de escovação supervisionada nos territórios. Em contraposição à presente pesquisa, 94,9% dos dentistas consideram essa prática importante (MENDES JÚNIOR; BANDEIRA; TAIJA, 2015).

É importante salientar que a utilização de indicadores de saúde bucal eminentemente gerando a partir da prática clínica podem trazer prejuízos na promoção, prevenção e na integração da ESB nos seus territórios. Esse direcionamento do monitoramento de atuação do CD espelha o modelo de atenção à saúde, idealizado pela odontologia tradicional, biológica e centrado na clínica. Neste sentido, Farias e Sampaio (2010), em uma pesquisa qualitativa realizada com dois grupos de profissionais de saúde da ESF em dois Centros de Saúde da Família em Fortaleza diagnosticam que o cirurgião-dentista continua a adotar a prática individualista, centrado no ambiente clínico-cirúrgico, dificultando o atendimento integral ao usuário e a interdisciplinaridade no processo de trabalho da ESF.

A nova forma prevista de financiamento para custeio da APS no Brasil indica a utilização de indicadores de saúde e metas na forma de pagamento por desempenho das equipes, como uma das três formas de recursos para custeio (BRASIL, 2019). Nesse sentido, a seleção de um indicador de saúde bucal específico ou indicadores proposto pelo MS pode direcionar a práxis da Equipe de Saúde Bucal na ESF.

Vieira (2009) pondera que o planejamento ascendente do SUS ainda é uma barreira a ser superada pelas três esferas de governo, devido aos tempos de diversos

instrumentos de planejamento e às especificidades de saúde dos municípios e estados.

Lima (2016) referencia que o plano municipal de saúde é a representação do projeto de governo, uma das vertentes do Triângulo de Poder idealizado por Matus. Esse projeto mobiliza os recursos humanos, financeiros e de infraestrutura para implementar seu plano, demonstrando a outra vertente, a governabilidade.

No aspecto da educação permanente (treinamento/capacitação), é notório que o processo de planejamento em saúde não é prioridade da gestão, pois 75,5% (n=117) dos dentistas da ESF de Fortaleza indicam que não fizeram nenhum tipo de formação sobre essa temática.

O planejamento em saúde pelo cirurgião-dentista no nível primário de saúde, antes mesmo da inserção do dentista no Programa Saúde da Família (ENASTESPO, 1998), é uma lacuna histórica no processo de trabalho desse profissional, e até mesmo após a integração do dentista na equipe da APS no Brasil (PADILHA et al, 2005; CRUZ et al, 2009 e SÁ et al, 2015).

Na presente pesquisa, 69,6% (n=108) dos CD da estratégia da saúde apontaram que a principal causa da dificuldade de realizar o planejamento em saúde foi a demanda assistencial excessiva. Isso corrobora com o estudo de Mendes Junior, Bandeira e Taija (2015), afirmando que os CD do município de Fortaleza já indicavam essa dificuldade como a terceira causa da não conclusão de tratamentos em saúde bucal. Nesse sentido, Villarinho, Mendes e Prado Jr (2007) esclarecem que há um grande entrave para a transformação do modelo restaurador-cirúrgico da odontologia para modelo proposto pelo SUS, na Estratégia Saúde da Família, é a predominância da necessidade de procedimentos clínicos em saúde bucal da população.

A segunda causa da dificuldade de realizar o planejamento em saúde na atenção primária foi a falta de insumos para as atividades clínicas e extraclínicas da saúde bucal apontada por 45,7% (n=42) dos CD de Fortaleza. Esse fato também foi apresentado pela pesquisa realizada em 2014 por Mendes Júnior, Bandeira e Taija (2015) como causa para não cumprimento dos indicadores de saúde, tratamentos concluídos e a média de ação coletiva de escovação dental supervisionada.

Para 38,0% (n=35) dos cirurgiões-dentistas, o processo de planejamento em saúde desarticulado entre trabalhadores de saúde, gestão e o controle social é uma das causas apontadas para a execução do planejamento. Silveira (2016) relata

que profissionais da ESF responderam que o processo de trabalho de saúde da ESF está ainda em construção, depois da implantação do novo modelo de atenção à saúde, inserido no município de Fortaleza em 2013.

Segundo Carotta, Kawamura e Salamar (2009), a vivência do curso de facilitadores da educação permanente proporcionou aos trabalhadores e gestores dos serviços de saúde propostas de planejamentos conectados às necessidades e demandas da população/comunidade.

Segundo Lino et al (2009), a qualidade de serviços de saúde e o processo de trabalho passa necessariamente pela estrutura perene de educação, de forma coletiva e específica, na transformação do pensamento do trabalhador na unidade de saúde.

Segundo Villarinho, Mendes e Prado Jr (2007), a associação entre número de famílias cadastradas, abaixo de 1000 de famílias cadastradas na média, e a carga horária é uma forma de justificativa da média de 32 horas de trabalho do cirurgião-dentista da ESF na capital piauiense.

A pesquisa demonstra que 21,7% (n=20) dos profissionais de saúde bucal da ESF apontam que a insuficiência da formação acadêmica sobre o planejamento como um dos motivos para efetivação do processo. Saliba, Moimaz, Prado et al. (2012) diz que ao ingressar no mercado de trabalho, a deficiência do aspecto administrativo da profissão é resultante da insuficiência da formação acadêmica na percepção dos cirurgiões-dentistas.

O componente administrativo do planejamento em saúde é de responsabilidade da gestão pública: a compra de insumos médico-odontológicos, horários e carga horária dos trabalhadores da ESF, a determinação da educação permanente, e a orientação da integração das equipes da ESF.

Atente-se que na análise dos dados, dentre as 17 opções de fatores que dificultam o planejamento em saúde na APS da pesquisa, a percepção do dentista sobre a responsabilização da gestão pública é distante, sendo a nona e décima quinta opções, respectivamente, a falta de apoio da gestão regional ou municipal 19,6% (n=18) e a falta de apoio da gestão local 12,0% (n=11).

A maioria dos CD, 72,3% (n=112), de Fortaleza está de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), pois realizam a programação das ações de saúde bucal nos seus respectivos territórios de atuação (BRASIL, 2017).

Contudo, foi encontrada uma quantidade expressiva de cirurgiões-dentistas, quase 30%, que não realizam a programação em saúde bucal que Padilha (2005) considera um grande obstáculo na transformação do modelo biomédico, curativista e representado pela demanda espontânea, para o modelo idealizado pela ESF.

Werneck (2012) destaca que a programação no planejamento estratégico representa o momento tático-operacional que articula ações e estratégias a serem desenvolvidas pelos profissionais em uma ação reflexiva, tendo como horizonte os objetivos e resultados a serem alcançados.

A construção da programação em saúde bucal pelo cirurgião-dentista na ESF é evidenciada através da forte vinculação com os membros da ESB ( técnico e auxiliar de saúde bucal) e o agente comunitário de saúde. Todavia, a integração com os demais integrantes da equipe e com a gestão local ainda é um ponto a ser melhorado na ESF de Fortaleza.

Na presente pesquisa, a participação dos 12,3% (n=19) usuários na programação de saúde bucal é incipiente demonstrando a falta articulação entre as demandas e necessidades da população do seu território. Em Pernambuco, a participação de representantes de movimentos sociais e de usuários no planejamento das ações das equipes da ESF é ligeiramente maior, cerca 19,3% (PIMENTEL et al, 2012). Segundo Giovanella e Mendonça (2012), a participação da comunidade nas decisões, junto com a equipe da ESF, nos serviços de saúde é uma orientação essencial da APS como um atributo.

Na assistência à saúde aos grupos prioritários ou faixas etárias, gestantes, crianças de 0 a 3 anos, diabéticos e pessoas com necessidades especiais, percebe-se uma relação positiva com orientação da Linha Guia de Saúde Bucal de Fortaleza (FORTALEZA, 2016).

A priorização de idosos, crianças de 5 a 12 anos, hipertensos e outros grupos na assistência é uma demonstração que as equipes de saúde bucal estão se reorganizando para além da Linha Guia de Saúde Bucal, mas de acordo com as demandas e necessidades dos seus respectivos territórios.

No presente estudo, a maioria dos dentistas 83,9% (n=130) afirmam que a contribuição da epidemiologia para o planejamento em saúde bucal é relevante ou de extrema relevância. Entretanto, 16,1% (n=25) dos CD tem impressões negativas e/ou

não sabe responder a contribuição da epidemiologia no planejamento. Dentre as atribuições do cirurgião-dentista na ESF, está a realização do diagnóstico em saúde bucal da sua população adscrita, com a finalidade de obter o perfil epidemiológico (BRASIL, 2006). Contudo, no Brasil, devido à predominância do planejamento na ótica da oferta de serviços, um modo de reprodução social do capital nos serviços, uma sociedade bastante desigual e a racionalidade técnica incompleta fazem com que a epidemiologia seja somente uma descrição do processo saúde/doença e que não afronta os interesses dos grupos e de classes hegemônicas (CASTIEL; RIVERA, 1985).

Nesta pesquisa, 77,4% (n=120) dos dentistas da ESF de Fortaleza não utilizam a práxis da vigilância epidemiológica em saúde bucal nos seus territórios. Segundo Souza e Roncalli (2007), no Brasil a ferramenta da epidemiologia em saúde bucal está inserida em contextos secundários no processo de trabalho do cirurgião-dentista e com caráter incipiente, visto que muitos profissionais não a utilizam.

Os 22,6% (n=35) dos dentistas de Fortaleza que realizam levantamento epidemiológico podem estar relacionados com a participação nos inquéritos epidemiológicos nacionais de saúde bucal 2003 e 2010, com também, do inquérito municipal 2006-07. Tavares et al (2013) recomenda o levantamento epidemiológico no processo de trabalho da ESB para discutir o acesso e a organização dos serviços de saúde bucal, aumentando, assim, o empoderamento e a participação dos usuários da comunidade, juntamente com a maior cobertura de ESB no município da Bahia.

Para Pimentel et al (2010), os fatores que dificultam a prática do levantamento epidemiológico da saúde bucal como: a demanda assistencial excessiva, a organização de trabalho da equipe, a falta de tempo da equipe de saúde bucal, a falta de capacitação e o apoio da gestão são citados na fala do profissional de saúde do Distrito VI da cidade de Recife. Nesse sentido, Cruz et al (2009) afirma que educação permanente das equipes de saúde bucal com temas de saúde coletiva, com ênfase em planejamento e vigilância epidemiológica em saúde no desenvolvimento de ações locais, deve estar pautada e priorizada nos níveis de gestão.

Na análise bivariada da pesquisa, encontramos associação significativa que o processo de planejamento de saúde pelo cirurgião-dentista está vinculado ao levantamento epidemiológico, a programação das ações de saúde bucal no território

e a educação permanente. Essas ações estão no cerne do processo de trabalho do cirurgião-dentista proposto pela PNSB.

O apoio da coordenação local é um fator que contribui para o planejamento de saúde do cirurgião-dentista na sua área adscrita, tem uma associação significativa na pesquisa. Isso reflete a proximidade do nível de gestão com o processo de trabalho da equipe saúde bucal no território que está inserido. Este fato, a gestão cooperando no planejamento do CD na ESF, é uma evolução, pois contrariamente, no processo de trabalho das ESB dos anos iniciais era a tentativa de experimento, sem programação e normatização necessária, por parte dos gestores, a inserção desse profissional na ESF (BARROS; CHAVES, 2003).

A insuficiência da formação acadêmica sobre planejamento em saúde é um componente que dificulta as ações planejadas pelo cirurgião-dentista, tem uma vinculação significativa na análise bivariada da pesquisa. Esse fato pode evidenciar que a graduação dos cirurgiões-dentistas é carente para sua atuação na ESF. Contudo, a presente pesquisa expôs que quase a totalidade desses profissionais cursaram uma pós-graduação, isso está sendo suficiente para transpor o conhecimento de planejamento em saúde em prática inserida nos seus respectivos territórios.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da grande maioria dos cirurgiões-dentistas classificarem o conhecimento sobre planejamento em bom e ótimo, consideraram alta a importância da realização deste, observou-se que a maioria não realiza o planejamento em saúde bucal na APS, bem como, também, não utilizam indicadores de saúde bucal para subsidiar essa prática. Os fatores que mais dificultaram a realização das ações planejadas foram a demanda assistencial excessiva, falta de insumos, estrutura física das unidades de saúde, dentre outros.

Além disso, pode-se inferir também que existem associações positivas entre a realização do planejamento com as seguintes variáveis: a capacitação dos profissionais, a programação das ações de saúde bucal e o levantamento epidemiológico.

Portanto, pode-se concluir que o planejamento em saúde pelo cirurgião-dentista da ESF de Fortaleza ainda é incipiente, devido a dois grandes obstáculos: um estrutural e um conjuntural.

O obstáculo estrutural é referente a dois componentes: a insuficiência da formação do cirurgião dentista nos aspectos da epidemiologia e do planejamento em saúde; e o outro é a baixa priorização da saúde bucal pela gestão municipal.

A pesquisa evidenciou que quase totalidade dos CDs de Fortaleza tem uma pós-graduação, contudo não se pode averiguar se era na área de saúde coletiva ou saúde da família, todavia não se materializa o planejamento em saúde na ESF, não superando a deficiência da formação, considerando a média de tempo de formado 19,3 anos em 2019.

A epidemiologia em saúde bucal é uma ferramenta da gestão municipal usada de forma superficial, pois na prática da vigilância em saúde bucal na ESF não se constitui uma estratégia e ação no processo de trabalho da ESB, alienando o CD das condições de saúde da população no seu território.

A escassa utilização dos instrumentos legais do SUS (Plano Municipal de Saúde, Relatório Anual de Gestão, a Programação Anual de Gestão e a Linha Guia de Saúde Bucal – Diretriz Municipal) pelo cirurgião-dentista fragiliza o processo do planejamento de saúde na ESF. Esses instrumentos norteiam o processo de trabalho do cirurgião dentista, indicando grupos prioritários, a escolha dos indicadores de

saúde, os recursos materiais, os profissionais de saúde envolvidos para as ações e estratégias em saúde, e determina a práxis da atenção à saúde no município.

A prática do planejamento/ programação de saúde dos cirurgiões-dentistas na ESF é uma forma normativa, dentro da própria ESB, com a presença dos agentes comunitários e enfermeiros, mas sem a participação de todos os profissionais da ESF, e muito pouco envolvimento dos usuários nesse processo.

Fortaleza é uma metrópole regional, a quinta maior cidade do Brasil, e tem um quadro de cirurgiões-dentistas efetivo contratado, através de concurso público, com vínculo empregatício estável. Fazendo uma reflexão desse fato, é de suma importância a decisão política da gestão municipal na operacionalização do planejamento em saúde pelo cirurgião-dentista da ESF.

O modelo de atenção em saúde bucal vigente está centrado na clínica odontológica devido a divergência dos horários dos membros da equipe na UAPS, dificultando a reunião da mesma, e a ineficaz promoção à saúde causada pela falta de insumos de prevenção de saúde bucal (escovas, cremes e fios dentais para os escolares ou grupos prioritários).

A escolha do modelo de atenção à saúde vigente (projeto de governo) no qual praticamente determinou as infraestruturas e estruturas, a organização dos processos de trabalhos dos recursos humanos, o diálogo da gestão municipal com os profissionais de saúde e os usuários (a governabilidade) para implementação do seu plano de governo são elementos demonstrativos da baixa priorização da gestão municipal para saúde bucal, utilizando o triângulo de governo de Matus nessa exemplificação.

O obstáculo conjuntural é a educação permanente, um elemento constituinte do SUS, para superação das deficiências na formação do cirurgião-dentista, baseado nas demandas e necessidades dos seus territórios. A educação permanente está ligada e condicionada ao interesse e investimento em capacitar os profissionais por parte da gestão municipal, bem como, a temporalidade de quatro ou de oito anos de mandatos, dependendo ou não da continuidade do seu projeto de governo.

A destinação de oito horas para educação permanente para os profissionais de saúde da ESF em Fortaleza é um grande avanço, conectada a Política Nacional de Educação Permanente do SUS, entretanto não há um direcionamento da

gestão municipal para efetivação da educação permanente baseada nas demandas e necessidades da APS, sendo necessária uma reformulação desse processo.

Nessa reformulação, é imperativa a participação dos usuários com o apoio da gestão (local, regional e municipal), sedimentada na epidemiologia e nos indicadores de saúde dos seus respectivos territórios e com participação das instituições de ensino superior no processo de planejamento em saúde.

Concluindo, o planejamento em saúde é uma etapa primordial para profissionais de saúde da ESF na organização dos serviços (acolhimento, escuta qualificada, matriciamento e na clínica ampliada), nos fluxos assistenciais (promoção e de prevenção) e na integração da equipe com a comunidade, assim o cirurgião-dentista estará inserido no modelo de atenção preconizado pela APS.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, G.N.; FAGUNDES, G.C.; LEÃO, K.M.B.; DE SOUZA, M.S. Planejamento participativo realizado na área de abrangência do programa saúde da família. **Revista APS**, v.9, n.1, p. 45 -49, jan/jun. 2006.
- ALMEIDA, C. Política e planejamento: o Plano de Saúde Leonel Miranda – Editorial. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p. 381-5, 2006.
- ALMEIDA, M.I.; ARAÚJO, M.F.M.; SAINTRAIN, M.V.L.; CIDRACK, M.L. **Saúde do Idoso e qualidade de vida: Investigação dos fatores determinantes**. Fortaleza: EdUECE, 2017.
- ALMEIDA, T.F.; VIANNA, M.I.P. O papel da epidemiologia no planejamento das ações de saúde bucal do trabalhador. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n.3, p. 144-154, set./dez 2005.
- ANTUNES, J.L.F.; NARVAI, P.C. Políticas de saúde no Brasil e seu impacto nas desigualdades em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 2, n. 1, 2010.
- ARAÚJO, Y.P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF nos municípios do Rio Grande do Norte. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.11, n.1. p. 219-227, 2006.
- BALDISSERA, V.D.A.; GÓES, H.L.F. O método Atladir de Planificação Popular como instrumento de ensino da gerência em enfermagem. **Revista Investigación y Educación en Enfermería**, Medelin, v. 30, n. 2, p. 253-259, maio/ago, 2012.
- BARRETO, I.C.; ANDRADE, O.M.; LOIOLA, F.; PAULA, J.B.; MIRANDA, A.S.; GOYA, N. **Educação Permanente e a construção de sistemas municipais de saúde escolar: o caso de Fortaleza – Ceará – Brasil**. Fortaleza: SMS, 2006.
- BARROS, A.J.D.; BERTOLDI, A.D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 709-717, 2002.
- BARROS, S.G.; CHAVES, S.C.L. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n.1, p. 41-51, mar. 2003.
- BASSO, M.B.; NUNES, N.B.; CORRÊA, L.B.C.; VIEIRA, C.N.; VILLARINHO, J.L.P.S.; PUCCA JÚNIOR, G.A. A construção da rede de atenção à saúde bucal no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n.6, p. 2155-2165, 2019.
- BLEICHER, L. **Saúde para todos, já!** Fortaleza: Expressão gráfica, 2004 110p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório Final**. Brasília, 1986. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/oficina\\_saude\\_bucal1](http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/oficina_saude_bucal1). Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal**: Brasil, zona urbana. Brasília, 1988. 137p.

BRASIL. Lei número 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. **Diário Oficial da União**, 1990; 20 set.

BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1990, 28 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997. 34p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 dez. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. **Programa Saúde da Família**: Equipe de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.570, de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 jul. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003**: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – Principais Resultados. Brasília, DF, 2004 51p

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família - PSF e do programa dos Agentes Comunitários de Saúde – PACS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS PlanejaSUS: uma construção coletiva-trajetória e orientações de operacionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 318p.– (Série B Textos básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 4.279 de dezembro de 2010. A Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.464 de julho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 116 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 2.436 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde (recurso eletrônico)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 2.979 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 de nov. 2019.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, Compmed, 2010. 114p.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde e Sociedade**, v.8, Suplemento 1, 2009.

CARRENO, I.; MORESCHI, C.; MARINA, B.; HENDGES, D.J.B.; REMPLEL, C.; OLIVEIRA, M.M.C. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p.947-956, 2015.

CASTIEL, L.D.; RIVERA, F.J.U. Planejamento em Saúde e Epidemiologia no Brasil: casamento ou divórcio? **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 447 - 456, out/nov. 1985.

CAVALCANTI, Y.W.; CARTAXO, R.O.; PADILHA, W.W.N. Educação odontológica e sistema de saúde brasileiro: práticas e percepções de estudantes de graduação. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 46, n. 4, out/dez. 2010.

CEARÁ (Estado). Secretaria Municipal de Fortaleza, **Plano municipal de saúde de Fortaleza: 2014 - 2017**. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde, 2017. 250p.

CECILIO, L.C.O. As Necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: CECILIO, L.C.O. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2006. 184p.

CHAGAS, R.A.; NUTO, S.A.S.; ANDRADE, L.O.M. Política municipal de saúde bucal: da construção coletiva ao desafio de seu desenvolvimento em Fortaleza. **Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 42, p.35-50, abr. 2008.

CHAVES, M.C.; MIRANDA, A.S. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de habitus na saúde pública. **Interface – Comunicação Saúde Educação**, v. 12, n. 24, p. 153 -67, jan/mar. 2008.

CHAVES, S.; MOYSÉS, S. Política e saúde: conceitos básicos e abordagens teórico-metodológicas para análise política em saúde bucal. In: CHAVES, S.; MOYSÉS, S. **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 13-46.

CORDEIRO, H. O instituto de medicina social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis**, v. 14, n. 2, p. 343 – 362, jul, 2004.

CRUZ, D.B.; GABARDO, M.C.L.; DITTERICH, R.G.; MOYSÉS, S.J.; NASCIMENTO, A.C. Processo de trabalho de saúde da família: uma perspectiva a partir da equipe de saúde bucal. **Revista APS**, v.12, n. 2, p.168-175, abr/jun. 2009.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **ORG & DEMO**, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010.

ELIA, P.C.; NASCIMENTO, M.C. A construção do plano local como atribuição das equipes de Saúde da Família: a experiência de três áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 745-765, 2011.

ENASTEPO: Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico. 1998, Fortaleza. Documento Final.

FAQUIM, J.P.S.; BUIATTI, N.B.P.; FRAZÃO, P. O método ZOPP e a organização do trabalho interprofissional voltado à atenção pré-natal em duas unidades de atenção básica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro. v. 42, n. 117, p.392-407, abr./jun 2018.

FARIAS, M.R.; SAMPAIO, J.J.C. **Integração das equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família: percepções dos profissionais**. Revista Baiana de Saúde Pública Miolo v.34, n.4, p.745-757, out/dez 2010.

FERREIRA, N.P.; FERREIRA, A.P.; FREIRE, M.C.M. Mercado de trabalho na Odontologia. **Revista de Odontologia da UNESP**, São Paulo, v. 42, n, 4, p. 304-309, jul/ago. 2013.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

FONSECA, E.P. As Diretrizes Curriculares Nacionais e a formação do cirurgião-dentista brasileiro. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 3, n. 2, p. 158-178. 2012.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão do ano 2005 da Secretaria Municipal de Fortaleza: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado**. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde, 2006.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria nº. 12060, de 20 de junho de 2006, decreta a criação da Comissão de Gestão da Saúde Bucal Coletiva em Fortaleza para estruturação da gestão pública da saúde bucal no município, vinculada à Secretaria Municipal da Saúde. **Diário Oficial de Fortaleza**, Fortaleza, 2006.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Lei nº. 9.265 que institui o Plano de Cargos, Carreiras e Salários do município de Fortaleza para os servidores do ambiente especialidade Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial Fortaleza**, 28 de setembro de 2007.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim Epidemiológico: Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população de Fortaleza-Ceará**, 2006/07. v. 16, n. especial, Fortaleza, 2010.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde de Fortaleza: 2010 - 2013**. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde, 2010. p. 372.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Decreto nº. 13.106 que dispõe sobre a estrutura organizacional, a distribuição e a denominação dos cargos em comissão da Secretaria Municipal de Saúde – SMS, e dá outras providências. **Diário Oficial Fortaleza**, 12 de abril de 2013.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de promoção de saúde bucal do município de Fortaleza**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2015. 144 p.

- FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. **Linha Guia de Saúde Bucal**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Saúde Bucal, 2016. 83 p.
- FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde de Fortaleza: 2018-2021**. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde, 2017. 167 f.
- FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria nº. 1436, de 12 de dezembro de 2019**. Dispõe sobre a carga horária a ser utilizada em atividades de educação permanente e dá outras providências. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde, 2019.
- FRANÇA, M.A.S.A. **Indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil**. 2013. 390 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013.
- FRAZÃO, P.; NARVAI, P.C. Saúde bucal no sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n.81, p. 64-71, jan. /abr. 2009.
- GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque Estratégico em Planejamento de Saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, jan/mar, 1991.
- GIOVANELLA, L. Dissertação: **Ideologia e Poder no Planejamento estratégico em saúde**: uma discussão da abordagem de Mario Testa. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública., 1989. 315 p.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde do Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Cap. 16, p.493-545.
- GOES, P.S.A.; MOYSÉS, S.J. A Utilização de informação para o planejamento e programação em saúde bucal. In: GOES, P .S.A.; MOYSÉS, S.J. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012. Cap. 4 p. 55-70.
- GRANDE, I.M.P.; PROCHNOW, R.; SAAB, R.; PIZATTO, E. Desafios na formação do cirurgião-dentista para o SUS. **Revista da ABENO**, v.16, n.3, p. 2-6, 2016.
- HADDAD, A.E.; PIERANTONI, C.R.; RISTOFF, D.; XAVIER, I.M.; GIOLO, J.; SILVA, L.B. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991 – 2004**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios, 1998 (PNAD). **Acesso e utilização dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000, 96p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação brasileiros com data de referência 1º de julho de 2020**: notas metodológicas. Rio de Janeiro, 2020, 13p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101747>. Acesso em: 18 set. 2020.

KLEBA, M.E.; KRAUSER, I.M.; VANDRUSCOLO, C. o Planejamento Estratégico Situacional no ensino da gestão em saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 184-193, jan/mar 2011.

LAMY, R.L.R.F. **Indicadores de Saúde Bucal no Estado de Minas Gerais, no período 2005 a 2012**: um estudo exploratório. 2014. 117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

LIMA, M.C.F. **Planejamento na estratégia saúde da família**: racionalidades e interlocuções com o plano municipal de saúde de Fortaleza. 2016. 115f. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.

LINO, M.M.; BACKES, V.M.S.; FERRAZ, F.; PRADO, M.L.; FERNANDES, G.F.M.; SILVA, L.A.A.; KLOH, D. Educação permanente dos serviços públicos de saúde de Florianópolis, Santa Catarina. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.7 n.1, p. 115-136, mar/jun. 2009.

LUCENA, E.H.G.; PUCCA JÚNIOR, G.A.; SOUSA, M.F. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, v. 3, 2011.

MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F.; NOGUEIRA, C.O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532, mar, 2011.

MANASSERO, F.B.; BAVARESCO, C.S. Inserção do cirurgião-dentista na estratégia saúde da família: Revisão de Literatura. **Revista APS**, v. 19, n.2, p.286-291. abr/jun. 2016.

MARTINELLI, P.J.L.; MACEDO, C.L.S.V.; MEDEIROS, K.R.; SILVA, S.F.; CABRAL, A.P.S.; PIMENTEL, F.C.; MONTEIRO, I.S. Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, (Supl. 2), p. 3243-3248, 2010.

MATTOS, G.C.M.; FERREIRA, E.F.; LEITE, I.C.G.; GRECO, R.M. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 373-382, 2014.

MEDEIROS, C.R.G.; JUNQUEIRA, A.G.W.; SCHWINGEL, G.; CARRENO, I.; JUNGLES, L.A.P.; SALDANHA, O.M.F.L. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 1, p. 1521-1531, 2010.

MELLEIRO, M.M.; TRONCHIN, R. M. D.; CIAMPONE, M.H.T. O planejamento estratégico situacional no gerenciamento em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 165-171 abr./jun, 2005.

MENDES JÚNIOR, F.I.R.; BANDEIRA, M.A.M.; TAIJA, F.S. Percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal em uma metrópole do nordeste brasileiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 147-158, jan-mar, 2015.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção**. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família**. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2012. 169p.

NARVAI, P.C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 141-7, 2006.

PADILHA, W.W.N.; VALENÇA, A.M.G.; CAVALCANTI, A.L.; GOMES, L. B.; ALMEIDA, R.V.D; TAVEIRA, G. S. **Planejamento e programação odontológica no Programa Saúde da Família do estado da Paraíba: Estudo Qualitativo**. João Pessoa: UFPB, 2005.

PAIM, J.S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 557 -567, 2003.

PIMENTEL, F.C.; ALBUQUERQUE, P.C.; MARTELLI, P.J.L.; SOUZA, W.V.; ACIOLI, R. M. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, Suplemento, p. 146-157, 2012

PIMENTEL, F.C.; MARTINELLI, P.J.L.; ARAÚJO JÚNIOR, J.L.A.C.; ACOLLI, R.M.L.; MACEDO, C.L.S.V. Análise da atenção à saúde bucal na estratégia da saúde da família do distrito sanitário VI, Recife-PE. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.15, v.4, p.2189-2196, 2010.

PINELL, P. Algumas reflexões sobre as políticas e lutas contra flagelos sociais. In: PINELL, P. **Análise sociológica das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 229-250.

PINHEIRO, F.M.C.; NÓBREGA-THERRIEN, S.M.; ALMEIDA, M.E.L.; ALMEIDA, M.I. A formação do cirurgião-dentista e a promoção de saúde no PSF. **Revista de Odontologia da UNESP**, São Paulo, v. 37, n.1, p. 69 – 77, 2008.

PINHEIRO, F.M.C.; NÓBREGA-THERRIEN, S.M.; ALMEIDA, M.E.L.; ALMEIDA, M.I. A formação do cirurgião-dentista no Brasil: contribuições de estudos para a prática da profissão. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 57, n.1, p. 99-106, jan./mar. 2009.

PREVINE Brasil: tire suas dúvidas sobre o novo financiamento. Disponível em: <http://bit.ly/FAQprevine> . Acesso em 6 jan. 2020.

PUCCA JÚNIOR, G.A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. Entrevista. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 243-246, 2006.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. p.349. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

ROCHA, R.A.C.P.; GOES, P.S.A. Comparação ao acesso aos serviços de saúde bucal nas áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande – Paraíba. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2871- 2880, dez. 2008.

RONCALLI, A.G. A Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 105 – 114, 2006.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: RONCALLI, A.G. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003. Cap. 2. p.28-49.

SÁ, C.R.; KUHNEN, M.; SANTOS, I.F.; ARRUDA, M.P.; TOSSI, R.F.C. Planejamento em saúde bucal na atenção primária à saúde: da teoria à prática. **Revista APS**, v. 18, n. 1, p. 92 – 101, jan/mar, 2015.

SALIBA, N.A. NAYME, J.G.R. MOIMAZ, S.A.S. CECÍLIO, L.P.P. GARBIN, C.A.S. Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 42, n. 5, p. 317–323, 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/133376>. Acesso em: 18 nov. 2018.

SILVA, C.A.L. et al. Planejamento e programação local em saúde (PPLS): uma proposta de ações na atenção primária à saúde. **Revista Saúde Coletiva**, Feira de Santana, v. 7, n. 2, p. 8-12, setembro, 2017.

SILVEIRA, D.C **Percepção dos profissionais da atenção primária no município de Fortaleza – CE sobre a gestão do autocuidado de pacientes com Diabetes Mellitus**. 2016. 79f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, 2016.

- SOARES, C.L.M.; PAIM, J.S. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 966-974, maio, 2011.
- SOUZA, T.M.S.; RONCALLI, A.G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação assistencial. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, nov, 2007.
- TAVARES, R. P.; COSTA, G. C.; FALCÃO, M. L. M.; CRISTINO, P. S. A organização do acesso aos serviços de saúde bucal na estratégia de saúde da família de um município da Bahia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 628-635, out/dez 2013.
- TEIXEIRA, C.F. Enfoques teóricos-metodológicos do planejamento em saúde. In: TEIXEIRA, C.F. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências** Salvador: EDUFBA, 2010. p. 17-32.
- TEIXEIRA, C.F. Epidemiologia e planejamento em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 287-303, 1999.
- TONELLI, B.Q.; REIS LEAL, A.P.; TONELLI, W.F.Q.; VELOSO, D.C.M.D.; GONÇALVES, D.M.; TONELLI, S.Q. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v.23, n. 2, p. 180-185, maio/ago. 2018.
- TONI, J.; SALERMO, G.; BERTINI, L. Uma abordagem estratégica de grupos: o Método Atladir de Planejamento Popular – MAPP. In: JACQUES, MGC., et al. **Relações Sociais e Ética**. Rio de Janeiro: Centro de Edestein de Pesquisa Sociais, 2008. p. 140 -150.
- VIANNA, M.I.; PAIM, J. Estado e atenção à saúde bucal no Brasil no período pré-constituinte. In: VIANNA, M.I.; PAIM, J. **Políticas de saúde bucal no Brasil: teorias e prática**. Salvador: EDUFBA, 2016. p.79 -136.
- VIEIRA, F.S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciências & Coletiva**, v. 14, p. 1565-1577, 2009.
- VILARINHO, S.M.M.; MENDES, R.F.; PRADO JUNIOR, R.R. Perfil dos Cirurgiões Dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em Teresina (PI). **Revista Odonto Ciência – Faculdade de Odontologia/PUCRS**, v. 22, n. 55, jan/mar. 2007.
- VILLALBA, P.J.; MADUREIRA, P.R.; BARROS, N.F. Perfil do cirurgião-dentista para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Instituto Ciência e Saúde**, v.27, n.3, p.262-268. 2009.
- WERNECK, M.A.F. Teorias de planejamento em saúde. In: WERNECK, M.A.F. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012. Cap. 2, p.33-43.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar na qualidade de cirurgião dentista da estratégia saúde da família da pesquisa “Conhecimento sobre planejamento em saúde dos cirurgiões dentistas da estratégia saúde da família do município de Fortaleza – Ceará”. O objetivo deste estudo consiste em analisar o conhecimento em planejamento em saúde bucal pelo cirurgião dentista nas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza.

Caso você autorize, você irá participar da pesquisa através do formulário eletrônico, com roteiro de perguntas estruturadas como guia para o tema escolhido.

A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir da participação. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que trabalha. Há riscos quanto a sua participação sendo esses riscos são mínimos, pois o instrumento de coleta da pesquisa é um formulário eletrônico que a confidencialidade das respostas será garantida através da não identificação pessoal do profissional e sem a vinculação com a unidade de saúde.

Tudo foi planejado para minimizar os riscos da sua participação, porém se sentir desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador principal.

Você não receberá remuneração pela participação. Em estudos parecidos com esse, os participantes da pesquisa e a sua participação poderão trazer benefícios na contribuição do desenvolvimento do processo de trabalho das equipe de saúde bucal, mais conectados com as diretrizes da estratégia saúde da família e do Sistema Único de Saúde, no que abrange o planejamento em saúde. As suas respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a identificação. Além disso,

Você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador principal e endereço podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

O projeto será submetido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza - CE, telefone (85)3101-9890, e-mail cep@uece.br. Se necessário,

Você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos. Após ser aprovado o projeto de pesquisa, esse termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) será documento essencial para autorização/iniciação da coleta dos dados. Contato do pesquisador: principal - Aldivan Dias de Oliveira Júnior, telefone: (85) 996105833 e reside na rua Martinho Rodrigues, 1201 bloco B apto 704 no bairro de Fátima de Fortaleza – Ceará.

Sim. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia eletrônica deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Não. Não concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia eletrônica deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

## APÊNDICE B – TERMO DE ANUÊNCIA



PREFEITURA DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE ENSINO, PESQUISA E PROGRAMAS ESPECIAIS

### DECLARAÇÃO

- **Projeto de Pesquisa:** Conhecimento Sobre Planejamento em Saúde dos Cirurgiões Dentistas da Estratégia Saúde da Família do Município de Fortaleza - CE
- **Pesquisador (a) Responsável:** Aldivan Dias de Oliveira Júnior
- **Orientador (a):** Liza Barreto Vieira
- **Instituição Proponente:** UECE
- **Curso:** Mestrado Profissional em Saúde da Família
- **Período de Coleta:** Maio/2019 a Janeiro/2020

A **Coordenadoria de Ensino, Pesquisa e Programas Especiais - CEPES**, Conforme suas atribuições, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da **Secretaria Municipal de Saúde da Fortaleza – SMS** no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012.

A **Secretaria Municipal de Saúde da Fortaleza - SMS** por meio desta Coordenadoria, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para garantia de tal segurança em bem-estar.

Fortaleza, 12 de Março de 2019

**Anamaria Cavalcante e Silva**  
Coordenadora de Ensino, Pesquisa e Programas Especiais

## APÊNDICE C – FORMULÁRIO ELETRÔNICO

### CONHECIMENTO SOBRE PLANEJAMENTO EM SAÚDE DOS CIRURGIÕES DENTISTAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – CEARÁ

Pesquisa do Mestrado Profissional da Saúde da Família

1. Sexo?

1.1 - Masculino

1.2 - Feminino

2. Idade? \_\_\_\_\_ .

3. Quantos anos de formação? \_\_\_\_\_ .

4. Qual a sua titulação?

4.1 - Somente graduado

4.2 - Aperfeiçoamento.

4.3 - Especialização.

4.4 - Residência.

4.5 - Mestrado.

4.6 - Doutorado.

4.7 - Pós Doutorado.

5. Qual é a Secretaria Regional do município de Fortaleza que você trabalha?

5.1 - Regional I

5.2 - Regional II

5.3 - Regional III

5.4 - Regional IV

5.5 - Regional V

5.6 - Regional VI

6. Quanto tempo você trabalha como cirurgião-dentista da Estratégia da Saúde da Família do município de Fortaleza?

- 6.1 - menos de 6 meses
- 6.2 - 6 a 12 meses
- 6.3 - 1 a 5 anos
- 6.4 - 6 a 10 anos
- 6.5 - 11 a 15 anos
- 6.6 - mais de 16 anos

7. Quanto tempo você trabalha nessa atual Unidade de Atenção Primária à Saúde - UAPS?

- 7.1 - menos de 6 meses
- 7.2 - 6 a 12 meses
- 7.3 - 1 a 5 anos
- 7.4 - 6 a 10 anos
- 7.5 - 11 a 15 anos
- 7.6 - mais de 16 anos

8. Como você classificaria seu nível de conhecimento sobre planejamento em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde?

- 8.1 – Insuficiente
- 8.2 – Regular
- 8.3 – Bom
- 8.4 – Ótimo

9. Você realiza o planejamento em saúde bucal na Atenção Primária?

- 9.1 – Não
- 9.2 - Sim

10. Se respondeu NÃO na pergunta anterior, quais fatores influenciam a você não realizar o planejamento em saúde bucal na Atenção Primária?

- 10.1 - Demanda assistencial excessiva
- 10.2 - Falta de tempo da equipe de saúde bucal
- 10.3 - Falta de participação da comunidade
- 10.4 - Falta de organização do processo de trabalho da equipe de saúde bucal
- 10.5 - Falta de apoio da gestão local
- 10.6 - Falta de apoio da gestão regional ou municipal
- 10.7 - Falta de estrutura física da unidade de saúde
- 10.8 - Falta de integração entre os membros da equipe de saúde
- 10.9 - Horários divergentes dos membros da equipe de saúde (escalas de trabalho na unidade de saúde)
- 10.10 - Desarticulação com os espaços sociais do território
- 10.11 - Falta de insumos para as atividades de clínica e de extra-clínica da saúde bucal
- 10.12 - Municipal de Saúde que não reflete a realidade local de saúde (epidemiológica e demográfica)
- 10.13 - Sistema de Informação em Saúde que não fornece elementos para o planejamento em saúde
- 10.14 - Falta de capacitação (Educação Permanente)
- 10.15 - Insuficiência na formação acadêmica sobre planejamento em saúde
- 10.16 - Outros
- 10.17 - Não sei responder

11. Qual o tipo de planejamento em saúde bucal você realiza na Atenção Primária?

- 11.1 - Não realizo planejamento em saúde bucal
- 11.2 - Planejamento Normativo
- 11.3 - Planejamento Estratégico Situacional (PES)
- 11.4 - Método Altadir de Planejamento Popular (MAPP)
- 11.5 - Projeto orientado por objetivo (ZOPP)

- 11.6 - Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS)
- 11.7 – Outros
- 11.8 - Não sei responder

12. Quais instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde - SUS você utiliza para a realização do planejamento em saúde bucal na Atenção Primária?

- 12.1 - Não realizo planejamento em saúde bucal
- 12.2 - Plano Municipal de Saúde (PMS)
- 12.3 - Relatório Anual de Gestão (RAG)
- 12.4 - Programação Anual de Gestão (PAG)
- 12.5 - Diretrizes Municipais da Saúde Bucal.
- 12.6 - Outros instrumentos.
- 12.7 - Não sei responder

13. Você recebeu algum treinamento/capacitação para realizar o planejamento em saúde bucal na Atenção Primária?

- 13.1 -Não
- 13.2 - Sim

14. Qual a importância do cirurgião - dentista realizar planejamento em saúde bucal na Atenção Primária?

- 14.1 - Alta
- 14.2 - Média
- 14.3 - Regular
- 14.4 – Baixa

15. Você realiza a programação das ações de saúde bucal no seu território?

- 15.1 -Não
- 15.2 – Sim

16. Quais os atores da equipe da saúde da família que realizam junto com você a programação em saúde?

- 16.1 - Não realizo programação em saúde
- 16.2 - Médico(a)
- 16.3 - Enfermeiro(a)
- 16.4 - Agentes comunitários de saúde (ACS)
- 16.5 - Técnico de enfermagem
- 16.6 - Pessoal da recepção (NAC)
- 16.7 - Auxiliar da saúde bucal (ASB)
- 16.8 - Técnico de saúde bucal (TSB)
- 16.9 - Coordenação da UAPS
- 16.10 – Porteiro
- 16.11 – Usuários
- 16.12- Outros
- 16.13 - Não sei responder

17. Na sua programação em saúde quais os grupos populacionais ou faixas etárias que são prioritários para dar maior assistência no seu território?

- 17.1 - Não realizo programação em saúde
- 17.2 – Gestantes
- 17.3 - Crianças de 0 a 3 anos
- 17.4 - Crianças de 5 a 12 anos
- 17.5 – Diabéticos
- 17.6 - Portadores de deficiências físicas/visuais/auditivas
- 17.7 -Pessoas vivendo com HIV

—

- 17.8 - Hipertensos
- 17.9 - Transtornos mentais leves
- 17.10 - Síndromes sem acometimento sistêmico grave
- 17.11 - Paciente com epilépticos controlados
- 17.12 - Idosos
- 17.13 - Outros
- 17.14 - Não sei responder

18. Na sua avaliação, qual é a contribuição da epidemiologia no seu planejamento em saúde bucal na Atenção Primária?

- 18.1 - Insignificante
- 18.2 - Pouco relevante
- 18.3 - Relevante
- 18.4 - Extremamente relevante
- 18.5 - Não sei responder

19. Você realiza levantamento epidemiológico em saúde bucal para planejamento das ações na sua área de abrangência?

- 19.1 - Não
- 19.2 - Sim

20. Se você respondeu NÃO na pergunta anterior, quais são os fatores que influenciam a não realização do levantamento epidemiológico em saúde bucal na sua equipe? (Se você respondeu SIM na pergunta anterior, pule para a questão 21)

- 20.1 - Demanda assistencial excessiva
- 20.2 - Falta de tempo da equipe de saúde bucal
- 20.3 - Falta de participação da comunidade
- 20.4.- A organização do processo de trabalho da equipe

—

- 20.5 - Apoio da gestão local
- 20.6 - Apoio da gestão regional ou municipal
- 20.7 - Falta de capacitação (Educação permanente)
- 20.8 - Outros
- 20.9 - Não sei responder

21. Você utiliza indicadores de saúde bucal no planejamento em saúde na Atenção Primária?

- 21.1 -Não
- 21.2 -Sim

22. Quais os indicadores de saúde bucal que você utiliza no seu planejamento em saúde na Atenção Primária?

- 22.1 - Não utilizo indicadores de saúde bucal no planejamento em saúde na atenção básica
- 22.2 - Cobertura de primeira consulta odontológica programática
- 22.3 - Razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população De 0 a 14 anos
- 22.4 - Proporção de procedimentos odontológicos especializados em Relação às ações odontológicas individuais
- 22.5 - Razão entre tratamento concluído e a primeira consulta odontológica programática
- 22.6 - Proporção entre de exodontias em relação aos procedimentos
- 22.7 - Proporção de gestantes e a primeira consulta odontológica
- 22.8 - Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada
- 22.9 - Outro
- 22.10 - Não sei responder

23. Quais os fatores que contribuem para execução das ações planejadas na sua Unidade de Atenção Primária à Saúde ?

- 23.1 - Estrutura física da unidade de saúde

—

- 23.2 - Integração entre os membros da equipe de saúde
- 23.3 - Apoio da coordenação local
- 23.4 - Apoio da Coordenação de Saúde Bucal Regional
- 23.5 - Apoio da Gestão Municipal de Saúde
- 23.6 - Articulação com controle social
- 23.7 - Articulação com os espaços sociais do território ( Sindicatos, Associações de moradores, Escolas, Creches e Igrejas)
- 23.8 - Prontuário Eletrônico
- 23.9 - Plano Municipal de Saúde
- 23.10 - Educação Permanente
- 23.13- Não sei responder
- 23.12 - Outro(s)

24. Quais os fatores que dificultam a execução das ações planejadas sua Unidade de Atenção Primária à Saúde ?

- 24.1 - Demanda assistencial excessiva
- 24.2 - Falta de tempo da equipe de saúde bucal
- 24.3 - Estrutura física da unidade de saúde
- 24.4 -A falta de insumos para as atividades de clínica e de extra-clínica da saúde bucal
- 24.5 - Horários divergentes dos membros da equipe de saúde (escalas de trabalho na unidade de saúde)
- 24.6 - O horário de atendimento estendido da unidade (07 a 19 horas)
- 24.7 - Processo de planejamento em saúde desarticulado entre os trabalhadores de planejamento em saúde, gestão (local, regional e Municipal) e o controle social.
- 24.8 - Plano Municipal de Saúde que não reflete a realidade local de saúde (epidemiológica e demográfica)
- 24.9 - Sistema de Informação em saúde bucal que não fornece elementos para o planejamento
- 24.10 - Insuficiência na formação acadêmica sobre planejamento em

saúde

24.11 - Falta de capacitação (Educação Permanente)

24.12 - Não sei responder

24.13 - Outros

**ANEXO A - GABINETE DA SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE FORTALEZA****PORTARIA Nº 1436, de 12 de dezembro de 2019.****Dispõe sobre a carga horária a ser utilizada em atividades de educação permanente e dá outras providências.**

A SECRETÁRIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, no uso de suas atribuições, vem pelo presente instrumento normatizar acerca da carga horária a ser dedicada às atividades de Educação Permanente a serem realizadas pelos profissionais servidores (médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias), em exercício na Rede de Atenção Primária à Saúde do Município de Fortaleza;

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, em seus princípios e diretrizes, que estejam em conformidade com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Fortaleza - CE;

CONSIDERANDO a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS e a importância do trabalho para o sistema, a necessidade da valorização profissional na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor saúde;

CONSIDERANDO o disposto na Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria nº 2.436/GM, de 21 de setembro de 2017, publicada no Diário Oficial da União nº 183, de 22 de setembro de 2017, Seção 1, página 68;

CONSIDERANDO o disposto na Legislação Municipal, em especial, da Secretaria da Saúde de Fortaleza (SMS), a saber: Lei nº 10.248, de 27 de agosto de 2014;

Decreto nº 13.922, de 02 de dezembro de 2016; que tratam das políticas e diretrizes da administração pública municipal;

CONSIDERANDO a importância do incentivo à formação profissional para a qualidade do atendimento prestado pelos servidores públicos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS);

CONSIDERANDO as necessidades de implementação do Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde 2018-2021, com vistas ao atendimento das necessidades de saúde da população e a melhoria dos indicadores de saúde do município, previstos no Plano Municipal de Saúde;

**RESOLVE:**

Art. 1º - Aos servidores detentores dos cargos de médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias, lotados

perante a Secretaria Municipal da Saúde, em exercício exclusivamente na Rede de Atenção Primária à Saúde, será facultada a adesão ao Programa de Educação Permanente, que possibilitará a destinação de parte da carga horária de trabalho às atividades voltadas ao referido programa, promovidas ou apoiadas pela Secretaria Municipal da Saúde – SMS, divulgadas em plataforma digital disponibilizada.

Parágrafo único - Os servidores referenciados no caput do art. 1º poderão dedicar parte de sua carga horária mensal à educação permanente até o limite de:

- I- 8 horas semanais, se detentores de carga horária de 240 horas/mês;
- II- 4 horas semanais, se detentores de carga horária de 120 horas/mês.

Art. 2º - Serão consideradas como atividades de educação permanente as ações educacionais voltadas ou realizadas no âmbito do serviço público prestado, no próprio território de atuação, desde que previstas em plano elaborado a nível local, regional ou central, com ciência/anuência do gestor do nível correspondente.

§1º - As atividades de educação permanente deverão, prioritariamente, valorizar a aprendizagem multidisciplinar e colaborativa, não podendo estar dissociadas das temáticas relevantes para a Atenção Básica e da dinâmica cotidiana de trabalho dos profissionais.

§2º - As atividades referidas no caput deste artigo poderão ser desenvolvidas através de cursos, nas modalidades à distância, semipresencial e presencial, sob a responsabilidade da Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais (COEPP) e apoio da Coordenadoria de Redes de Atenção Primária e Psicossocial (CORAPP), juntamente com a Coordenadoria Geral das Regionais de Saúde (COGERS).

§3º A participação em ações educacionais, presenciais e semipresenciais, que apresentem incompatibilidade com a jornada de trabalho do servidor e necessitem uma adequação de carga horária para sua realização, deverão ser anuídas por escrito pelo gestor imediato, devendo o referido documento, constante no anexo nº IV desta Portaria, ser inserido em plataforma digital, disponibilizada pela SMS.

Art. 3º – Os servidores que aderirem ao Programa de Educação Permanente deverão assinar termo disponibilizado no anexo nº I desta Portaria, comprometendo-se quanto ao estrito cumprimento da carga horária destinada para esse fim.

Parágrafo único - O servidor que não aderir ou desistir da participação no Programa de Educação Permanente, deverá cumprir sua carga horária de trabalho efetiva de forma integral. O não cumprimento incidirá em irregularidade funcional, a qual deverá ser formalmente apurada através de processo administrativo.

Art. 4º - O termo de adesão indicado no anexo nº I desta portaria e os documentos comprobatórios das ações desenvolvidas pelo servidor destinadas à educação permanente, deverão ser registrados e inseridos em plataforma digital disponibilizada pela SMS, para fins de comprovação interna e junto aos órgãos fiscalizadores.

§1º - A plataforma disponibilizada também servirá como ferramenta de apoio ao

desenvolvimento das ações de educação permanente, individuais e coletivas, bem como para a divulgação de cursos nas modalidades à distância, presencial ou semipresencial.

§2º - As informações inseridas na referida plataforma também serão utilizadas para fins de registro interno, comprovação, acompanhamento, avaliação, certificação e contabilização de horas em face das atividades educacionais em andamento ou concluídas.

Art. 5º - A possibilidade de adesão ao Programa de Educação Permanente será disponibilizada após a publicação desta portaria e, anualmente, durante os meses de novembro e dezembro.

Parágrafo Único - Uma vez aderido ao programa, não haverá necessidade de renovação, salvo nos casos de desistência, quando o servidor somente poderá retornar ao programa mediante nova adesão.

Art. 6º - O servidor que optar pela adesão ao programa, terá o prazo de 12 (doze) meses, contados a partir do primeiro dia útil de janeiro de cada ano, para comprovar o cumprimento da carga horária utilizada a título de Educação Permanente do ano correspondente, mediante a inserção da documentação comprobatória em plataforma digital disponibilizada.

§1º - O servidor optante fica obrigado a comprovar anualmente, no prazo indicado pelo caput deste artigo, as atividades educacionais cumpridas a título de educação permanente.

§2º - A inserção de documentos perante a plataforma digital, relativos às atividades em Educação Permanente, será de estrita responsabilidade do servidor, podendo a referida documentação ser utilizada para comprovação quanto ao regular cumprimento da carga horária junto aos órgãos de controle/fiscalização.

Art. 7º - Para fins de comprovação de cursos (online, presenciais ou semipresenciais), o servidor deverá inserir na plataforma digital, durante o prazo indicado no caput do artigo anterior, a seguinte documentação:

- I- declaração de matrícula;
- II- cronograma do curso (indicando data de início e fim);
- III- certificado ou declaração de conclusão emitida pela instituição ou declaração do total de horas cursadas, em caso de não conclusão do curso durante o prazo especificado no caput do art. 6º.

Art. 8º - Além dos cursos divulgados na plataforma digital disponibilizada, outras estratégias educacionais poderão ser adotadas pela gestão para fins de educação permanente, tais como:

- I- reuniões de equipe para discussão de caso/sessão clínica ou planejamento de ações, reuniões para monitoramento e avaliação de indicadores, rodas de conversas, aprendizagem em serviço, tudo em conformidade com a necessidade demandada e definição da gestão.

II- participação em programas de capacitação, fóruns temáticos, jornadas científicas, congressos, seminários, oficinas, treinamentos e grupos de trabalho/estudo.

III- participação em capacitações e processos formativos atuando como professores, orientadores ou preceptores, sem remuneração, em cursos ofertados exclusivamente pela Secretaria Municipal da Saúde, destinados à Educação Permanente.

§1º - As atividades descritas no inciso I deverão ser comprovadas através de relatórios e atas de reuniões, devidamente assinadas pelos participantes e gestores da unidade, devendo ser inseridas em plataforma pelo servidor, no prazo estabelecido pelo caput do art. 6º desta Portaria.

§2º - As atividades especificadas no inciso II deverão ser comprovadas mediante certificado ou declaração de conclusão de curso, exceto nos casos de participação em oficinas, treinamentos e grupos de trabalho/estudo, em que serão aceitas declarações de comparecimento ou participação, devendo ser inseridas em plataforma pelo servidor, no prazo estabelecido pelo caput do art. 6º desta Portaria.

§3º - As atividades descritas no inciso III deverão ser comprovadas mediante certificado ou declaração de participação, emitidas pela COEPP e anexada perante a plataforma digital, atestando a carga horária executada e o regular cumprimento da atividade desenvolvida.

§4º - As documentações especificadas nos parágrafos anteriores deste artigo deverão indicar, necessariamente, o número de horas cumpridas/cursadas.

Art. 9º - Será facultado ao servidor participar, de forma complementar, de cursos que não estejam registrados ou indicados/ofertados perante a plataforma disponibilizada pela SMS, devendo nesses casos solicitar a anuência do gestor imediato para validação do curso, através de formulário disponibilizado perante o anexo nº III desta portaria.

§1º- Havendo dúvidas do gestor imediato quanto à compatibilidade do curso com as atividades desenvolvidas em serviço, este encaminhará através de processo administrativo a documentação pertinente à atividade educacional para a Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais (COEPP) para análise e deliberação.

§2º - Caso o gestor imediato entenda pela não compatibilidade do curso, poderá o servidor solicitar reanálise da decisão à COEPP.

Art. 10 - O cumprimento da carga horária específica para a Educação Permanente será acompanhado pelos técnicos regionais e pela gestão das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), por meio dos documentos comprobatórios da realização das atividades de educação permanente inseridos pelos servidores na Plataforma disponibilizada pela SMS.

Art. 11 - A SMS apoiará a implementação de uma Rede de Apoio ao

desenvolvimento das atividades de educação permanente a nível regional e local, incluindo gestores e facilitadores educacionais.

Parágrafo único. A referida rede será formada por pelo menos um gestor regional e um facilitador em exercício em cada Unidade de Saúde, os quais serão capacitados para exercer suas respectivas funções perante os processos educacionais em seu âmbito de atuação.

Art. 12 - Os gestores regionais e facilitadores deverão:

- I – atuar no planejamento das atividades de educação permanente;
- II - acompanhar a participação dos profissionais nas ações educacionais em andamento;
- III – contribuir para fortalecer o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, a aprendizagem colaborativa e a transformação das práticas de saúde.

Art. 13 – O servidor poderá se desvincular do Programa de Educação Permanente a qualquer tempo, devendo formalizar sua desistência junto à SMS, através da inserção, na plataforma, do termo disponibilizado perante o anexo nº II desta Portaria, devidamente assinado, devendo voltar a cumprir integralmente sua carga horária efetiva no dia seguinte após a inserção na plataforma digital.

Art. 14 - A COGEP-SMS, com apoio da COEPP, verificará se as horas destinadas à Educação Permanente foram devidamente cumpridas e comprovadas. Sendo constatada alguma irregularidade no cumprimento ou comprovação das horas destinadas à Educação Permanente, deverá a COGEP-SMS adotar as providências cabíveis para apuração dos fatos e regularização funcional do servidor.

Art. 15 – O servidor não poderá gozar da redução de carga horária instituída pelo art. 88 da Lei nº 6.794/90 e participar, concomitantemente, do Programa de Educação Permanente previsto nesta Portaria, devendo optar ou pela redução de carga horária ou pela destinação de carga horária ofertada no referido Programa.

Art. 16 – Os profissionais servidores detentores dos cargos de Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem, Técnico em Higiene Dental e Auxiliar em Saúde Bucal, em exercício na Rede de Atenção Primária à Saúde do Município de Fortaleza, poderão participar dos cursos ofertados em plataforma digital disponibilizada pela SMS e das ações desenvolvidas pela gestão voltadas à Educação Permanente, caso tenham interesse, desde que tais cursos ou ações não acarretem prejuízos ao serviço ou interfiram no cumprimento integral da jornada de trabalho.

Parágrafo único. Em nenhuma hipótese haverá a possibilidade de destinação de parte da carga horária de trabalho dos servidores descritos no caput para Educação Permanente, devendo a jornada de trabalho ser cumprida em sua integralidade.

Art.17 - Fica a Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, por meio da Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais, responsável em desenvolver e articular a qualificação permanente dos profissionais de saúde.

SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, em Fortaleza,  
12 de dezembro de 2019.

**Joana Angélica Paiva Maciel**  
Secretária Municipal da Saúde de Fortaleza

ANEXO Nº I

TERMO DE ADESÃO AO  
PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Nome: \_\_\_\_\_  
Matrícula: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_  
Unidade de Saúde em Exercício: \_\_\_\_\_  
Carga horária a ser reduzida: ( ) 8 horas semanais ( ) 4 horas semanais  
Gestor imediato: \_\_\_\_\_

Venho, por meio deste, manifestar interesse em aderir ao Programa de Educação Permanente, da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, estando ciente que deverei cumprir as regras dispostas na Portaria nº 1436 de 12 de dezembro de 2019.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor

Ciente:

\_\_\_\_\_  
Gestor Imediato

## ANEXO II

TERMO DE DESVINCULAÇÃO AO  
DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

PROGRAMA

Nome: \_\_\_\_\_  
Matrícula: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_  
Unidade de Saúde em Exercício: \_\_\_\_\_  
Carga horária reduzida: ( ) 8 horas semanais ( ) 4 horas semanais  
Gestor imediato: \_\_\_\_\_

Venho, por meio deste, manifestar interesse em me desvincular do Programa de Educação Permanente, da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, estando ciente que, um dia após a inserção deste termo na plataforma digital disponibilizada, devo voltar a cumprir minha carga horária efetiva de forma integral, conforme estabelecido pelo art. 13 da Portaria nº 1436 de 12 de dezembro de 2019.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor

Ciente:

\_\_\_\_\_  
Gestor Imediato

## ANEXO III

FORMULÁRIO DE VALIDAÇÃO DE CURSO  
PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

NO

Nome: \_\_\_\_\_  
 Matrícula: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Cargo: \_\_\_\_\_  
 Unidade de saúde em Exercício: \_\_\_\_\_  
 Carga horária reduzida: ( ) 8 horas semanais ( ) 4 horas semanais  
 Gestor imediato: \_\_\_\_\_  
 Curso: \_\_\_\_\_  
 Carga horária do curso: \_\_\_\_\_  
 Data de início e fim do curso: \_\_\_\_\_

Venho, por meio deste, solicitar a validação do curso descrito acima para fins de reconhecimento no Programa de Educação Permanente, da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, em conformidade com o estabelecido perante o art. 9º da Portaria nº 1436 de 12 de dezembro de 2019.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor

Manifestação do gestor imediato:

Estou de acordo ( ) Não estou de acordo ( )

Observações:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Gestor imediato

## ANEXO IV

FORMULÁRIO DE ADEQUAÇÃO DE CARGA HORÁRIA  
PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

AO

Nome: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

Lotação: \_\_\_\_\_

Carga horária: ( ) 8 horas semanais ( ) 4 horas semanais

Gestor imediato: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_

Carga horária do curso: \_\_\_\_\_

Data de início e fim do curso: \_\_\_\_\_

Adequação de carga horária sugerida: \_\_\_\_\_

Venho, por meio deste, solicitar adequação da carga horária para participação em atividade descrita acima, voltada ao Programa de Educação Permanente, da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, conforme estabelecido pelo §2º do Art. 2º da Portaria nº 1436 de 12 de dezembro de 2019.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor

Manifestação do gestor imediato:

Estou de acordo ( ) Não estou de acordo ( )

Observações:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Gestor imediato

OFÍCIO Nº. \_\_\_\_\_/2019 FORTALEZA/CE, \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 2019.

Excelentíssimo Senhor Secretário,

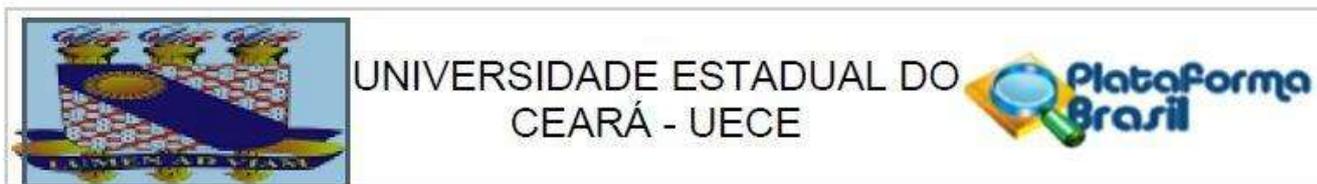
Solicitamos à V. Exa. que seja providenciada a **PUBLICAÇÃO** no Diário Oficial do Município – DOM, conforme discriminação abaixo:

PORTARIA Nº. \_\_\_\_\_/2019, DISPÕE SOBRE O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE (**PROCESSO Nº P971759/2019**).

No ensejo apresentamos nossos protestos de distinta consideração.

**JOANA ANGÉLICA PAIVA MACIEL**  
**SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE FORTALEZA**

**EXMO. SECRETÁRIO MUNICIPAL**  
**DR. SAMUEL ANTÔNIO SILVA DIAS**  
**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE GOVERNO - SEGOV**  
**RUA SÃO JOSÉ, Nº. 01 – CENTRO**  
**NESTA**

**ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** CONHECIMENTO SOBRE PLANEJAMENTO EM SAÚDE DOS CIRURGIÕES- DENTISTAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA - CEARÁ

**Pesquisador:** ALDIVAN DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 10304319.3.0000.5534

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.285.601

**Apresentação do Projeto:**

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar o conhecimento dos cirurgiões dentistas acerca de planejamento em saúde bucal no âmbito da estratégia saúde da família no município de Fortaleza – Ceará. A busca desse conhecimento se fundamentou no referencial da atribuição específica do cirurgião-dentista da atenção primária à saúde de planejar as ações e estratégias para melhoria das condições de saúde bucal de um território e uma população de sua responsabilidade sanitária. O estudo permitirá a compreensão do conhecimento de planejamento em saúde e a identificação de facilidades e potencialidades do planejamento em saúde bucal do profissional dentista na Estratégia Saúde da Família.

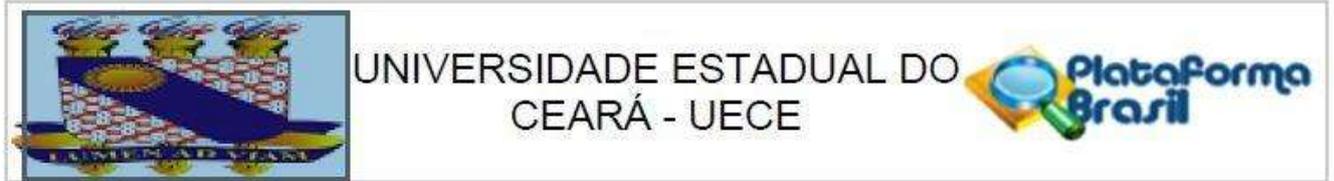
**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Avaliar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas acerca do planejamento em saúde bucal realizado na Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza-Ceará.

**Objetivos Secundários:**

- a) Identificar o conhecimento desses profissionais em relação ao conceito e as estratégias de planejamento em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família;
- b) Compreender a prática do planejamento em saúde bucal realizado por esses profissionais na Estratégia Saúde da Família;



Continuação do Parecer: 3.285.601

- c) Verificar as fragilidades e potencialidades do planejamento em saúde bucal realizado por esses profissionais na Estratégia Saúde da Família.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Pesquisador apresenta, de forma clara, os riscos e benefícios da pesquisa. A saber:

**Riscos:**

São mínimos para os indivíduos, pois o instrumento da coleta será um formulário auto preenchido, além disso será garantido o anonimato aos participantes.

**Benefícios:**

Serão o diagnóstico do planejamento em saúde bucal para atenção primária à saúde do município de Fortaleza.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa se mostra ,pois fomentará o debate sobre o planejamento em saúde bucal no município de Fortaleza.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos apresentados de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

**Recomendações:**

Incluir endereço do CEP UECE no TCLE.

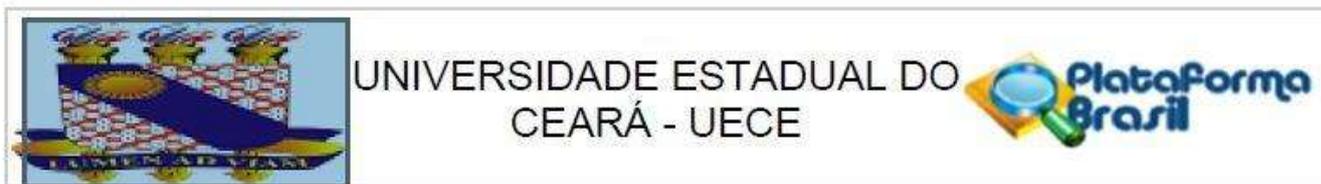
Enviar relatório final de pesquisa ao seu término.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**



Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1291288.pdf	21/03/2019 16:21:12		Aceito
Outros	Anuencia.pdf	21/03/2019 16:19:18	ALDIVAN DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR	Aceito
<b>Endereço:</b> Av. Silas Munguba, 1700 <b>Bairro:</b> Itaperi <b>UF:</b> CE <b>Telefone:</b> (85)3101-9890 <b>CEP:</b> 60.714-903 <b>Município:</b> FORTALEZA <b>Fax:</b> (85)3101-9906 <b>E-mail:</b> cep@uece.br				to
Investigador				
Orçamento	orcamento.pdf	10/03/2019 13:02:49	ALDIVAN DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_projeto.pdf	07/03/2019 00:37:27	ALDIVAN DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	07/03/2019 00:26:37	ALDIVAN DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	07/03/2019 00:26:12	ALDIVAN DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR	Aceito
Brochura Pesquisa	Resumo.pdf	07/03/2019 00:08:03	ALDIVAN DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 25 de Abril de 2019.

Assinado por:  
**ISAAC NETO GOES DA SILVA**  
 (Coordenador(a))