



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

RAFAELA CARDOSO MENDES CAMPELO DA PAZ

**ANÁLISE DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM PLANEJAMENTO LOCAL
EM UM CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS**

Recife
2019

RAFAELA CARDOSO MENDES CAMPELO DA PAZ

**ANÁLISE DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM PLANEJAMENTO LOCAL
EM UM CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Nilcema Figueiredo.

Coorientadora: Prof^ª. Dra. Gabriela da Silveira Gaspar.

Recife

2019

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

- P348a Paz, Rafaela Cardoso Mendes Campelo da.
Análise do processo de construção de um planejamento local em um Centro de Especialidades Odontológicas / Rafaela Cardoso Mendes Campelo da Paz. – 2019.
149 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.
- Orientadora: Nilcema Figueiredo.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2019.
- Inclui referências, apêndices e anexos.
1. Atenção secundária à saúde. 2. Avaliação em saúde. 3. Planejamento em saúde. 4. Saúde bucal. I. Figueiredo, Nilcema (Orientadora). II. Título.

614

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2019-055)

RAFAELA CARDOSO MENDES CAMPELO DA PAZ

**ANÁLISE DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM PLANEJAMENTO LOCAL
EM UM CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

.

Aprovada em: 14/03/2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Nilcema Figueiredo (Orientadora)
Departamento de Medicina Social - Universidade Federal de Pernambuco

Prof^º. Dr. Petrônio José de Lima Martelli (Examinador Interno)
Departamento de Medicina Social - Universidade Federal de Pernambuco

Prof^º. Dr. Ronald Pereira Cavalcanti (Examinador Externo)
Núcleo de Saúde Coletiva - Universidade Federal de Pernambuco

Recife

2019

Dedico esse trabalho a vovó Zezita, tia Guida e Fleury que nunca mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à Deus que permitiu minha aprovação no curso de mestrado, deu-me energia e me sustentou para concluir este trabalho.

À vovó Zezita, tia Guida e Daniela que me incentivaram em todas as fases da minha vida.

Ao meu amado esposo, Fleury, presente em todos os momentos e o maior incentivador que alguém poderia ter, por cuidar de tudo para que eu pudesse me dedicar a esta etapa e por cuidar de nossa filha de quatro patas, Pérola, minha companheira de todas as horas.

À minha orientadora, Prof.^a Nilcema por me acolher como orientanda, bem como à coorientadora, Prof.^a Gabriela Gaspar, por me darem todo o suporte necessário e acreditarem em mim.

Às amigas da residência e do mestrado, Cindy, Daniela e Sheyla por todo o apoio, incentivo e principalmente pelo ombro amigo nos momentos difíceis.

Aos meus colegas de turma pelo compartilhamento de conhecimentos e incentivo nesse período.

Aos coordenadores de saúde bucal e participantes da pesquisa que se dispuseram a pensar sobre o tema e dedicaram seu tempo e energia para a construção desta proposta.

Aos participantes do Observatório de Saúde Bucal pela convivência, aprendizado e contribuições para meu crescimento pessoal e profissional, mas principalmente para o fortalecimento da Saúde Bucal Coletiva.

Ao secretário do PPGSC, Moreira, por todo o suporte nesse período e aos demais professores e funcionários por todo o aprendizado compartilhado que permitiram meu crescimento como profissional da Saúde Coletiva.

Não sabemos se podemos conduzir o mundo para onde queremos, mas não podemos renunciar a tentá-lo (MATUS, 1993, p. 16).

RESUMO

O planejamento é uma importante ferramenta para melhoria da qualidade dos serviços de saúde, mas é pouco estudado na atenção especializada em saúde bucal. Deste modo, esta pesquisa se propôs a analisar o processo de construção de um planejamento local em um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) no município do Recife, Pernambuco. Consistiu em uma pesquisa-ação, utilizando o referencial teórico do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Foi realizado em duas etapas: avaliação do cumprimento global de metas e qualidade dos CEO para subsidiar a definição do estabelecimento de saúde participante da intervenção; e, construção e execução do plano local de intervenção no CEO. Foram realizados 10 encontros e participaram representantes dos segmentos: gestão municipal, distrital de saúde bucal e do CEO; cirurgião-dentista do CEO; profissional de nível técnico do CEO; profissional da Estratégia Saúde da Família (ESF); conselho distrital de saúde - usuário. Após a construção e execução do plano local no CEO e efetuada a transcrição das gravações das oficinas de planejamento, foram realizadas as análises: descritiva do processo de construção do plano; e, de conteúdo a partir das transcrições dos três momentos em que foram realizadas as entrevistas em grupo por meio dos grupos focais. Nos resultados, apesar da ampliação no número de CEO no município, esses serviços têm cumprido mais frequentemente as metas para procedimentos básicos e a avaliação de qualidade demonstrou que componentes relacionados ao processo de trabalho foram insatisfatórios. O absenteísmo no CEO foi o problema escolhido ao processo de construção do plano através do desenho de operações e ações. Foi possível perceber que sua realização possibilitou o conhecimento da realidade e uma valorização do trabalho em grupo, apesar de uma aparente frustração pelo não cumprimento das metas. A intervenção permitiu incluir este método como uma possibilidade para o empoderamento da equipe e como contribuição para o fortalecimento dessa importante estratégia na rede de atenção em saúde bucal.

Palavras-chave: Atenção secundária à saúde. Avaliação em saúde. Planejamento em saúde. Saúde bucal.

ABSTRACT

Planning is an important tool for improving the quality of health services, but it is little studied in specialized oral health care. Thus, this research proposed to analyze the process of construction of a local planning in a Center of Dental Specialties (CDS) in the city of Recife, Pernambuco. It consisted of an action research, using the theoretical reference of Situational Strategic Planning (SSP). It was carried out in two stages: evaluation of the global fulfillment of goals and quality of the CDS' to subsidize the definition of the participating health establishment of the intervention; and, construction and execution of the local plan of intervention in the CDS. Ten meetings were held and participated representatives from the following segments: municipal management, oral health district and CDS; CDS surgeon-dentist; professional level of the CDS; Family Health Strategy (FHS); district health council - user. After the construction and execution of the local plan in the CDS and the transcription of the recordings of the planning workshops, the analysis were carried out: descriptive of the process of construction of the plan; and content from the transcripts of the three moments in which the group interviews were conducted through focus groups. In the results, despite the increase in the number of CDS' in the municipality, these services have more frequently met the targets for basic procedures and the quality evaluation showed that components related to the work process were unsatisfactory. Absenteeism in the CDS was the problem chosen in the process of building the plan through the design of operations and actions. It was possible to perceive that its accomplishment made possible the knowledge of the reality and a valorization of the work in group, in spite of an apparent frustration by the noncompliance of the goals. The intervention allowed to include this method as a possibility for the empowerment of the team and as a contribution to the strengthening of this important strategy in the oral health care network.

Keywords: Health planning. Health evaluation. Oral health. Secondary care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Principais abordagens dos componentes de qualidade do PortalCEO.....	55
Gráfico 1 –	Cumprimento de Metas do CEO no período de 2008 a 2017, Recife-PE	87
Quadro 1 –	Problemas relatados pelos participantes das oficinas de planejamento no Centro de Especialidades Odontológicas de acordo com ator proponente, Recife-PE, 2018	90
Figura 1 –	Fluxograma situacional do problema absenteísmo, oficina de planejamento do Centro de Especialidades Odontológicas, Recife-PE, 2018	92
Quadro 2 –	Operações e ações propostas no momento normativo pelos participantes das oficinas de planejamento do Centro de Especialidades Odontológicas, Recife-PE, 2018	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Cumprimento de metas dos Centros de Especialidades Odontológicas no período de 2008 a 2017, Recife-PE	67
Tabela 2 –	Cumprimento de metas segundo subgrupo de especialidade no período de 2008 a 2017, Recife-PE	68
Tabela 3 –	Cumprimento de metas segundo procedimentos restauradores de atenção básica e procedimentos endodônticos em dentes com três ou mais raízes no período de 2008 a 2017, Recife-PE	69
Tabela 4 –	Avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas por componente de qualidade, sob a visão dos gerentes, de fevereiro a maio de 2018, Portal CEO - Recife-PE	70
Tabela 1 –	Notas geradas pelo Portal CEO por componentes de qualidade avaliados nos meses de fevereiro a maio de 2018, sob a perspectiva do gerente para o CEO, Recife – PE	88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AL	América Latina
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
AS	Atenção Secundária
BDA	Boletim Diário de Atendimento
CD	Cirurgião-dentista
CENDES	Centro Nacional de Desenvolvimento
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina
CGM	Cumprimento Global de Metas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
CPO-D	Índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAS	Programação Anual em Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
PlanejaSUS	Sistema de Planejamento do SUS
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMAQ-CEO	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal

OS	Plano de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RG	Relatório de Gestão
SB	Saúde Bucal
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SPT	Saúde para Todos
SUS	Sistema Único de Saúde
TABWIN	Tab para Windows
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1	Conceitos e bases históricas do planejamento em saúde na América Latina	18
2.2	Planejamento em saúde no Brasil	29
2.3	Atenção especializada em saúde bucal no Brasil	35
2.4	Planejamento em saúde bucal	46
3	PROPOSIÇÃO	50
3.1	Objetivo geral	50
3.2	Objetivos específicos	50
4	MÉTODOS	51
4.1	Aspectos gerais	51
4.1.1	Tipo de estudo	51
4.1.2	Local do estudo	51
4.1.3	População e amostra do estudo	51
4.2	Aspectos operacionais	52
4.2.1	Etapa I - Avaliação do cumprimento de metas e qualidade dos CEO de Recife	52
4.2.2	Etapa II – Construção e execução do plano local de intervenção no CEO	56
4.3	Aspectos analíticos	58
4.4	Aspectos éticos	59
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
5.1	Artigo 1 – Avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas de uma capital no nordeste brasileiro como subsídio para o planejamento local	62
5.2	Artigo 2 – Análise do processo de construção de um planejamento local em um Centro de Especialidades Odontológicas	77
6	CONCLUSÕES	102
	REFERÊNCIAS	104
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	116

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO E EXPECTATIVAS SOBRE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE E USO DO PORTAL CEO	118
APÊNDICE C – ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA CONDUÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS	121
APÊNDICE D – RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DE METAS E QUALIDADE DOS CEO DE RECIFE	122
APÊNDICE E – RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DE METAS E QUALIDADE DO CEO B	127
ANEXO A – INSTRUMENTO DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL – MOMENTO EXPLICATIVO	130
ANEXO B – INSTRUMENTO DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL - MOMENTO NORMATIVO	131
ANEXO C – INSTRUMENTO DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL - MOMENTO ESTRATÉGICO ...	132
ANEXO D – INSTRUMENTO DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL – MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL	133
ANEXO E – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DA PREFEITURA DO RECIFE	134
ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFPE	135
ANEXO G – AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS	139
ANEXO H – INSTRUÇÕES PARA PUBLICAÇÃO – REVISTA ODONTOLOGIA CLÍNICO-CIENTÍFICA	140
ANEXO I – INSTRUÇÕES PARA PUBLICAÇÃO – REVISTA SAÚDE E SOCIEDADE	145

1 INTRODUÇÃO

Até ser lançada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada Brasil Sorridente, a assistência odontológica em serviços públicos no Brasil era restrita quase que exclusivamente aos serviços básicos e os serviços especializados correspondiam à aproximadamente 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. Diante desse quadro, as diretrizes dessa política apontaram para a ampliação e qualificação da atenção básica assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário tendo em vista a integralidade da atenção (BRASIL, 2004).

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são estabelecimentos de saúde propostos pela PNSB, considerados de média complexidade e representam uma conquista social do direito universal à saúde, possuindo o papel de reduzir iniquidades de acesso aos serviços odontológicos especializados propiciando reduções na morbidade relacionada à saúde bucal (MACHADO, SILVA, FERREIRA, 2015).

A atenção odontológica pública de média complexidade vem sendo analisada por meio de estudos avaliativos que têm discutido diversos aspectos, como: desempenho do CEO (FIGUEIREDO, GOES, 2009; MAGALHÃES et al., 2012; GOES et al., 2012; HERKRATH et al., 2013; SILVA et al., 2013; CELESTE et al., 2014; CORTELLAZZI et al., 2014; LINO et al., 2014; SANTANA et al., 2015; PIRES et al., 2015; FREITAS et al., 2016; THOMAZ et al., 2016; POSSAMAI et al., 2016; FERNANDES, GOES, FIGUEIREDO, 2018); inserção inicial dos CEO (SALIBA et al., 2010; ARAÚJO, MENESES, SOUSA, 2012; ROSSI, CHAVES, 2015); Fatores relacionados à integralidade do cuidado (CHAVES et al., 2010; CHAVES et al., 2011); interface entre AB e atenção especializada (SALIBA et al., 2013; RODRIGUES, VIEIRA, LEITE, 2013; AGUILERA et al., 2013; BORGHI et al., 2013; VAZQUEZ et al., 2014; SOUZA et al., 2015; GOES et al., 2018) e satisfação dos usuários (LIMA, CABRAL, VASCONCELOS, 2010; MAGALHÃES et al., 2015; KITAMURA et al., 2016; CAVALCANTI, CARDOSO, PADILHA, 2018). Esses estudos, juntamente com iniciativas de avaliação nos serviços podem contribuir para o planejamento e a tomada de decisão.

O planejamento faz parte das ações cotidianas e por meio dele, busca-se compatibilizar um conjunto diversificado de ações e recursos para o alcance de objetivos, além da melhor forma de utilização de recursos escassos, significando o contrário de improvisação (RIVERA, ARTMANN, 2012).

O Brasil apresenta uma longa história de planejamento estatal. Sua incorporação teve início na década de 1940 e, a partir de 1956, com o Plano de Metas do Governo Juscelino Kubitschek, foi efetivamente colocada em prática a primeira experiência de planejamento governamental no país (LAFER, 1984). Desde então as práticas de planejamento vêm se desenvolvendo e nas organizações públicas do setor saúde, com a organização e o fortalecimento do movimento pela Reforma Sanitária, houve uma situação mais favorável ao seu desenvolvimento (TEIXEIRA, 2010).

Com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, pensou-se que haveria um fortalecimento do planejamento público. No entanto, com a ampliação do debate sobre a institucionalização da prática de planejamento em saúde em 1990, seguida por uma desvalorização decorrente da ascensão da ideologia neoliberal, o planejamento foi mantido como um ritual burocrático na maioria das instâncias do governo. Apenas no final daquela década foram retomadas algumas estratégias mais consistentes de planejamento na saúde. No período correspondente ao governo Lula houve uma retomada da ideologia desenvolvimentista por meio do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), que influenciou positivamente estas iniciativas setoriais de fortalecer o planejamento nacional (MACHADO et al., 2010; TEIXEIRA, 2015).

Por meio da realização do planejamento, a maioria dos problemas pode ser resolvida com o envolvimento e responsabilização dos atores sociais comprometidos com o aprimoramento da situação, evidenciando seu potencial de mudança (LIMA et al., 2008). Uma atitude gerencial, consequência de uma cultura institucional, além da qualificação profissional são elementos que podem influenciar na prática do planejamento local em saúde, possibilitando o diagnóstico da situação de saúde da população sob sua responsabilidade, a identificação e priorização de problemas relacionados à saúde, a definição de ações para enfrentá-los, a execução e avaliação dos resultados alcançados, direcionando o trabalho dos profissionais com a participação da comunidade. A sua importância é evidente para orientar o trabalho das equipes para os objetivos que justificam a sua existência (DALCIN et al., 2010).

Com a incorporação do cirurgião-dentista na atenção primária à saúde, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), outras atribuições, além das clínicas, passam a ser inseridas na sua prática de trabalho, como o planejamento em saúde bucal (GOES et al., 2014). Há muito, é sabido que sua utilização como ferramenta de gestão no serviço público possibilita melhoria na organização, cobertura e qualidade dos serviços de atenção à saúde bucal (TAGLIAFERRO et al., 2005) e que a ausência de um planejamento a longo prazo por parte dos gestores públicos aliada à falta de controle social na elaboração e execução das

ações da agenda da saúde conduz a ações isoladas e de pouca efetividade, sendo ainda um desafio ao alcance dos preceitos do SUS e das diretrizes da PNSB (BITTAR et al., 2009).

Na prática odontológica da Atenção Básica (AB), as atividades de planejamento e programação em saúde bucal realizadas de forma satisfatória são raras, apresentando deficiências no impacto sobre a saúde dos usuários (PADILHA et al., 2005). Embora o planejamento em saúde seja capaz de implementar de forma mais completa e efetiva o cuidado, de modo a causar impacto nos usuários, os dentistas desse nível de atenção parecem apresentar uma variabilidade de conceitos sobre o tema (CAVALCANTI et al., 2012).

A partir da instituição do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) dos CEO em 2013 pela PNSB, algumas investigações se debruçaram sobre as atividades de planejamento realizadas nesse nível de atenção identificadas a partir da etapa de avaliação externa do programa. Com base nessa avaliação, Lucena (2016) observou que a realização do planejamento esteve associada aos municípios que apresentaram menor cobertura de Equipes de Saúde Bucal/Estratégia Saúde da Família (ESB/ESF), à presença de gerente com formação complementar em saúde pública e que realizaram auto avaliação, além do maior cumprimento de metas das especialidades. Analisando esses indicadores de ações de planejamento, Nunes et al., (2018) identificaram que a maioria das equipes de CEO seguia as metas estabelecidas, fazia autoavaliação e utilizava seus resultados para organizar o processo de trabalho.

Considerando esse contexto e que existem poucos estudos na área, além de que a atual Política Nacional de Saúde Bucal recomenda a utilização de informações sobre o território para subsidiar o planejamento, esta pesquisa constituiu-se numa proposta de intervenção em um dos serviços de atenção especializada em saúde bucal de Recife. Foi realizada uma análise do desempenho e qualidade dos CEO do município e do CEO estudado e, por meio de uma maior aproximação com o serviço foi sugerida a utilização do planejamento como uma ferramenta para contribuir com a melhoria da qualidade, com a tomada de decisão e o fortalecimento das políticas públicas na área de planejamento, gestão e a avaliação em saúde bucal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Conceitos e bases históricas do planejamento em saúde na América Latina

Planejamento é um termo amplamente utilizado no cotidiano da política e da administração, seja no setor público ou no setor privado. Por planejamento entende-se um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, visando a solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas (TEIXEIRA, 2010).

De acordo com Giovanella (1991, p. 26)

Uma ação planejada é uma ação não improvisada e, nesse sentido, fazer planos é coisa conhecida do homem desde que ele se descobriu com capacidade de pensar antes de agir, estando relacionado a todo processo de trabalho, e consequentemente, a toda vida humana, pois o trabalho é condição inerente à vida humana.

O planejamento pode ser empregado em qualquer atividade humana em que é necessário um empenho para alcançar um objetivo que está sempre em movimento, assim como os indivíduos como produtores sociais. Sendo considerado sinônimo de conduzir de forma consciente, ou se realiza o planejamento ou então se torna escravo da circunstância. O planejamento é, portanto, uma análise organizada e contínua do contexto para relacionar o presente e o futuro, o conhecimento e a ação. “Negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for” (MATUS, 1993).

O planejamento tem se tornado um tema na vida do homem contemporâneo e Merhy (1995) o correlacionou a três situações básicas: como instrumento/atividade dos processos de gestão das organizações, como prática social transformadora e como método de ação governamental para a produção de políticas. Em todas elas, o planejamento tem a intenção de se tornar um método de operar sobre a realidade na busca de efeitos previamente colocados, o que permite tratá-lo como meio tecnológico, campo de saberes e práticas que busca operar sobre práticas sociais, visando provocar resultados dados anteriormente. Como as situações e a natureza dessas práticas se expressam de maneiras diferentes, isso tem acarretado diferentes configurações, mesmo que todas sejam consideradas tecnologias para a ação humana.

Sem a realização de planejamento, os serviços de saúde funcionam de forma desarticulada, sendo apenas orientados pela noção de seu papel, de acordo com a visão de mundo de cada dirigente e colaborador ou da sua compreensão sobre as diretrizes estabelecidas na política que orienta o setor. Subjetiva-se, fragmenta-se e desordena-se o funcionamento do sistema de saúde em quantas visões e modos de operação existirem. E não havendo uma visão clara de onde se deseja chegar, cada indivíduo conduzirá e realizará suas

atividades a sua maneira. Se tantos caminham para diversas direções, os avanços de uns se neutralizam pelos retrocessos de outros e dificilmente haverá ganhos de qualidade e com certeza os recursos serão utilizados de forma menos eficiente (VIEIRA, 2009).

Quando se decide não improvisar, tem-se em mente um objetivo ou meta e um conjunto de ações e requisitos necessários para conseguir alcançar os objetivos. Esse tipo de planejamento dirigido a um objeto específico sempre existiu, terminando quando o objetivo é alcançado e corresponderia hoje a uma programação ou projeto. Um novo tipo de planejamento surgiu nas primeiras décadas do século XX, decorrente das profundas crises na economia capitalista em que o mercado já não era capaz de regular e evitar as crises do sistema, sendo necessária a intervenção do Estado por meio de técnicas sociais de intervenção em que as decisões seriam eminentemente políticas (ROCHA, 2011).

Para compreender o significado e o uso do planejamento em saúde, é importante resgatar, ainda que de forma breve, suas origens históricas.

De acordo com Testa (1992), a origem do planejamento se encontra nos países socialistas, inicialmente na ex-União Soviética, quando o plano é utilizado para substituir o mecanismo do mercado, como procedimento de atribuição de recursos e de distribuição de produtos. Os países capitalistas subdesenvolvidos percebem a possibilidade igualitária que o planejamento demonstra, principalmente após a crise internacional de 1930 que levou a desastrosas consequências sociais e a experiência da reconstrução europeia convence muitos intelectuais latino-americanos de que o caminho do planejamento é eficaz para a transformação do atraso e da pobreza em novos modelos de riqueza e maturidade.

A grande depressão mundial de 1929 desarticulou as correntes comerciais e as atividades produtivas dos países, gerando graves consequências econômicas e sociais, contribuindo para o progressivo abandono das concepções predominantes até então, que reduziram o papel dos governos a certas funções básicas. Os governos latino-americanos, na década seguinte, tiveram que enfrentar as distorções criadas pela Segunda Guerra Mundial com seus efeitos sobre o comércio exterior, as economias internas e as condições sociais dos países. Esses fenômenos globais interromperam a dinâmica das economias capitalistas desenvolvidas e desarticularam o sistema preexistente de relações econômicas internacionais, significando, para as economias latino-americanas, uma profunda transformação e é nesse contexto que ocorre a fase de implantação do planejamento (LAVALLE, 2011).

Nos países centrais do sistema capitalista o planejamento passa a ser instrumento oficial e permanente de direção da economia a partir do final da segunda década do século XX quando as ideias de Maynard Keynes inspiraram as mudanças que desembocaram no

Estado de Bem-estar social, na periferia do sistema, essas mudanças ocorreram depois da Segunda Guerra Mundial (ROCHA, 2011).

A ideia do planejamento econômico-social na América Latina está associada à evolução da doutrina estabelecida pela Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) quando faz um trabalho teórico que evidencia um diagnóstico negativo nas relações de troca entre centro e periferia e a política econômica definida como sua alternativa de superação, de formulação keynesiana. Um maior intervencionismo do Estado é estimulado o que explicara a criação de uma infraestrutura econômica pública em vários países latino-americanos. O planejamento econômico surge então como instrumento indispensável à racionalização do processo de substituição econômica e de acumulação nacional. No entanto, esse pensamento vai se reciclando, à medida que se percebe a crise geral enfrentada decorrente do fracasso da política de substituição de importações nos padrões economicistas preconizados. O desenvolvimento deixa de ser visto como um processo dependente apenas do crescimento econômico e passa a ser olhado como um processo global, a incluir as estruturas políticas e sociais (RIVERA, 1992).

No entanto, o contexto histórico permite identificar outras razões para o desenvolvimento do planejamento. À época, os países do continente assistiram ao triunfo da Revolução Cubana seguida da guinada política do Estado Cubano para transformar-se no primeiro país socialista das Américas. Por isso, as crescentes demandas sociais de participação social e econômica não podiam ser atendidas por economias enfraquecidas e havia a ameaça de que as ideias socialistas contaminassem trabalhadores e classes médias do continente. Diante disso, a resposta da Organização de Estados Americanos (OEA) à crise econômica e social foi promover em 1961, em Punta Del Este (Uruguai), a Conferência de primeiros-ministros que criou a Aliança para o Progresso fixando metas de desenvolvimento para todos os países (ROCHA, 2011).

Quando a Aliança para o Progresso trouxe os temas sociais para o primeiro plano da cooperação internacional nas Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) operou como instância técnica do sistema interamericano e espaço de expressão das comunidades especializadas da saúde. Afirmando as relações recíprocas entre saúde e desenvolvimento e a necessidade de promoção coordenada do desenvolvimento econômico e social mediante a elaboração e implementação de planos nacionais de desenvolvimento, foi elaborado um documento que recomendava a preparação de planos nacionais de longo prazo, identificava os problemas e metas prioritárias imediatas e definiu os meios de atuação preferenciais (PIRES-ALVES, PAIVA, 2006).

Tendo em vista a necessidade de um método próprio de programação em saúde, a OPAS procura os serviços do Centro Nacional de Desenvolvimento (Cendes), da Universidade Central da Venezuela, e convoca alguns técnicos da Cepal que já vinham realizando estudos na direção de uma metodologia geral de programação. É sugerido que se aproveite o trabalho de Mario Testa, o qual vinha se ocupando da definição de um método de programação sanitária, baseado na transposição de princípios do planejamento econômico. Como alternativa à crise social, sua proposta era a de eficiência no uso dos recursos escassos por meio de mudanças racionalmente planejadas. O resultado é a formulação do documento *“Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud”*, que configura o método Cendes-OPAS (RIVERA, 1992).

Esse método tinha como objetivo a melhor utilização de recursos e instrumentos disponíveis por cada governo, através da definição de prioridades, orientado por um diagnóstico detalhado, por uma análise de custos e de impacto econômico para fundamentar a utilização desses à adequada programação em saúde (JESUS et al., 2011). Representa um enfoque sistêmico de programação de recursos de saúde com forte preocupação com a eficiência, manifestando-se na análise de custo-benefício. Leva em conta uma priorização dos danos à saúde com tendência a beneficiar os que possuem custo relativo menor por morte evitada. A finalidade sanitária básica passa a ser o aumento da capacidade potencial produtiva da comunidade ou a prevenção do maior número de mortes pelo menor custo (RIVERA, ARTMANN, 2012).

A proposta desse método sofreu um esgotamento, uma vez que não resistiu à confrontação com a realidade. Testa (1992) faz essa autocrítica apresentando alguns problemas desta proposta, como a aceitação do campo da saúde como um campo que entrava sem especificidade no campo do econômico, uma vez que foi a disciplina econômica que predominou na sua formulação. Desse problema decorrem ainda erros na esfera sanitária, pois o método se baseava em um diagnóstico da situação que transformavam a avaliação rigorosamente quantitativa em um quadro que não refletia a realidade.

Apesar das limitações que o caracterizam como a expressão do enfoque normativo na área de saúde, alguns dos seus preceitos e métodos continuam válidos, principalmente quando se desenvolve um processo de programação de ações e serviços com o objetivo central de racionalizar recursos escassos (TEIXEIRA, 2010). Além disso foi a primeira metodologia de planejamento voltada exclusivamente à saúde, representando um grande avanço ao incluir no diagnóstico de saúde aspectos sociais que até então não eram considerados. Propôs um modelo técnico de definição das prioridades de saúde e também criou um modelo de

instrumentação dos recursos que permite o estudo da eficácia e eficiência das técnicas aplicadas (ROCHA, 2011).

Neste método, o planejador é externo ao processo de análise e não compartilha sua atuação com outros atores, apresentando o plano como um conjunto de normas a serem seguidas, ficando conhecido como modelo normativo, por não possibilitar quaisquer possibilidades de modificações ao longo do processo de operacionalização do planejado (CASTRO et al., 2010).

Com a criação do Centro Pan-americano de Planejamento de Saúde (CPPS) que passa a trabalhar com o Instituto Latino-americano de Planejamento Econômico e Social (ILPES), há um trabalho de crítica ao papel adotado pelo planejamento, enquanto técnica de racionalização de recursos econômicos, defendendo uma racionalidade substantiva para o planejamento e de apoio à formulação de políticas. Sem abandonar partes do CENDES/OPAS, realiza uma revisão conceitual enfatizando os aspectos organizacionais e políticos. O documento gerado, “Formulação de Políticas de Saúde”, reconhece o conflito social como essencial no processo de criação das políticas (RIVERA, ARTMANN, 2012).

Ao apontar algumas tendências do planejamento, Testa (1992) apresenta diversas propostas denominadas de planejamento racional sistêmico. Esse autor critica a aplicação da teoria dos sistemas no nível da sociedade, por não existir um contorno da sociedade, nela, o limite se desfaz e o contorno integra-se ao núcleo do que em princípio deveria se diferenciar. Contudo, afirma que esta teoria resolve uma das questões, que é a da superação da linearidade causal de outras concepções, não aplicáveis ao funcionamento social.

Outra grande tendência apresentada pelo autor a partir da crítica ao planejamento normativo pode ser chamada de planejamento estratégico. Sua característica definidora é a incorporação do político como parte de seu objeto específico de trabalho, diferindo do anterior por não procurar estabelecer normas, mas desencadear um processo permanente de discussão e análise dos problemas sociais, que leva a propor metas conflitivas, pois se referem a interesses de grupos em luta, cada qual com planos próprios, de forma que o planejador faz parte de uma força social para a qual o objetivo do planejamento está inscrito no marco de luta pelo poder.

Neste momento de reflexão crítica sobre o método de planejamento, o contexto da década de 1970 era o de pôr fim a alguns ciclos, como o de crescimento econômico que teve início ao final da segunda guerra mundial. Pôs fim também, no ocidente capitalista, a um relativo consenso a respeito dos papéis desempenhados pelo Estado como ente produtivo, promotor do desenvolvimento e da solidariedade social, principalmente ao prover diretamente

serviços considerados básicos, entre estes a previdência social, a educação e a saúde. Ao seu final tem início um período de estagnação econômica, anunciado na primeira crise do petróleo, em 1973, consolidado no segundo choque, de 1979, e na crise da dívida dos países em desenvolvimento. Ao fim dos anos 70 teve início o movimento progressivo das teorias do Estado mínimo, que dominariam os debates nas décadas seguintes. A década encerra também o período clássico de vigência do desenvolvimento em todo o seu vigor. Na América Latina, sobretudo, assinala a última onda de implantação de regimes autoritários à direita ou, nas ditaduras mais duradouras, começavam a dar sinais de esgotamento (PIRES-ALVES, PAIVA, 2006).

Desse modo, surgem algumas vertentes deste enfoque estratégico de planejamento em saúde, dentre elas, podem ser identificadas três: o planejamento-estratégico-situacional de Carlos Matus, o pensamento estratégico de Mário Testa e o enfoque estratégico de Saúde para Todos (SPT) no ano 2000, representado por Barrenechea, Trujillo e Chorny. Cada uma delas apresenta um enfoque específico com diferentes ênfases (RIVERA, ARTMANN, 2012).

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus, autor chileno, foi idealizado a partir de sua vivência como ministro da Economia do governo Allende, no período de 1970-73, e da análise de outras experiências de planejamento normativo ou tradicional na América Latina cujos fracassos e limites instigaram um profundo questionamento sobre os enfoques e métodos utilizados (ARTMANN, 2000).

O PES é considerado um método mais flexível, que permite trabalhar com a complexidade dos problemas sociais. O futuro não é determinístico e a realidade é constantemente acompanhada, ajustando o plano a qualquer mudança da situação. Quando comparados, o plano tradicional e o PES, observa-se que o primeiro é do tipo normativo e genérico, já o PES é elaborado do ponto de vista de quem está planejando e consiste de uma cadeia de eventos que dependem das circunstâncias. Neste método não há a figura de planejador, uma vez que este se confunde com o executor das ações, como também não há um plano acabado, o plano só se completa na ação (IIDA, 1993).

Para Matus (1993), se a ação é fundamental para o governo e o fundamental do planejamento é o cálculo que a precede e preside, então planeja quem governa e governa quem planeja. Nesse sentido, considera que governar exige a articulação de três aspectos fundamentais que são complementares e interdependentes: o projeto de governo, a capacidade de governo e a governabilidade do sistema. O projeto de governo é o conteúdo propositivo dos projetos de ação que um ator propõe-se realizar para alcançar seus objetivos. A governabilidade diz respeito às variáveis que o ator controla ou não no processo de governo, e

a capacidade de governo é referente ao acúmulo de técnicas, conhecimentos, habilidades e experiências de um ator e sua equipe, para implementar o plano, conhecidos o projeto e a governabilidade.

Essa proposta de Matus é construída ainda sobre a noção de situação, definida como o lugar social onde estão situados o ator e a ação. As formas como se relacionam possibilita compreender a maneira pela qual cada ator define e delimita a situação ou explica a realidade em função de seu objetivo. A ação e a situação compreendem uma totalidade complexa com o ator, sendo a situação diferente para cada ator, pois é tudo aquilo que é relevante para sua ação, que dependerá de seu propósito, diferente para cada um. O planejamento situacional é um traçado de mudanças situacionais em um contexto de forças sociais contrárias. O ponto de partida é a situação inicial e a meta, a situação objetiva, à qual se pode chegar por diferentes trajetórias que implicam situações intermediárias diversas. Para ser eficaz, essa explicação deve acrescentar uma compreensão da realidade, como uma totalidade relevante para a ação (TESTA, 1992; MATUS, 1993).

Além de se basear na teoria da situação, considera ainda a teoria da produção social e da ação interativa para a elaboração do método. De acordo com Artmann (2000), a Teoria da Produção Social refere-se a um método que explica a realidade por meio de três níveis que se articulam dinamicamente: o nível dos fatos propriamente ditos ou fenoprodução, que são fatos de qualquer natureza; o nível das acumulações ou fenoe estruturas, relacionado a capacidade de produção de novos fatos; e o nível das regras ou leis básicas que regulam uma formação social. Sua aplicação concreta ocorre na montagem do fluxograma situacional quando as causas são localizadas nesses três níveis contribuindo para um olhar mais amplo do problema. Na teoria da ação há uma distinção entre aquelas não interativas, mais próximas do procedimento normativo e as interativas que requerem um raciocínio estratégico, definidas a depender do problema.

Conforme afirma Matus (1993), o problema convida à ação e é uma realidade insatisfatória, que pode ser vencida permitindo um intercâmbio favorável com outra realidade. O custo desse intercâmbio inclui o custo dos meios selecionados para enfrentar o problema. Se um ator social incorpora um problema em seu espaço direcional, ele o converte numa demanda social. Considerando esses aspectos, o processo de planejamento concebido pelo autor é realizado através do que chama de momentos. Nesse sentido, considera momento como

Instância, ocasião, circunstância ou conjuntura pela qual passa um processo contínuo, ou em cadeia, que não tem começo nem fim definidos, nesse processo os

momentos encadeiam-se e formam circuitos repetitivos para ajudarem-se mutuamente e passar sempre a um momento distinto.

Os momentos são quatro: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. O momento explicativo corresponde ao desenho, ao fazer cálculo estratégico e avaliar o que foi feito antes, esse momento é inseparável dos outros três e todos os momentos têm uma dimensão de explicação da realidade. O momento normativo corresponde ao desenho de como deve ser a realidade em contraste com a situação inicial. Já o momento estratégico concentra-se no cálculo da articulação entre o deve ser e o pode ser, o centro da preocupação é a análise da viabilidade do programa. Ao fim, o momento tático-operacional é o fazer, produz-se a mediação entre o conhecimento e a ação, o plano só se completa na ação (MATUS, 1993).

A utilização do PES ajuda a identificar os problemas nos processos de trabalho e as relações entre os atores, contribuindo para o processo de planeamento. Este método significa um avanço na democratização dos processos de planeamento e gestão ao valorizar a interpretação de cada indivíduo/ator da situação problema, mediante suas crenças, experiências e posição no jogo social (DIAS et al., 2012).

A avaliação que Rivera (1992) faz da obra e da proposta de Matus é positiva, considerando tanto a fundamentação teórica como a intenção de oferecer um enfoque metodológico sistemático, capaz de renovar as práticas do planeamento tradicional, no entanto questionam a excessiva preocupação com os aspectos metodológicos.

Outros pesquisadores também consideraram esse aspecto e Mattos (2010), ao revisitar os elementos deste enfoque, tece algumas críticas, como na construção de suas propostas metodológicas, enfatizando que o autor não deu suficiente importância às diferenças entre coletivos que planejam, principalmente com relação aos diferentes olhares, interesses e perspectivas de ação no interior desses coletivos, visto que seriam necessários a partir disso diferentes técnicas e procedimentos operacionais. Sugere então que seria interessante o exercício de ampliar os conjuntos de métodos, assim como deixar os próprios coletivos comporem o seu método de planeamento. Sugere também que a compreensão da situação em níveis a partir da teoria da produção social pode ser considerada uma tentativa de impor um ponto de vista aos atores, sendo portanto prudente remover os elementos que recomendam um determinado modo de interpretar a realidade, numa perspectiva de evitar que o desenvolvimento do planeamento na prática cotidiana seja tão normativo quanto aos métodos.

A partir de então, pode-se analisar, também de forma breve, uma outra vertente do enfoque estratégico, a proposta de Mario Testa para o planeamento em saúde, que não leva a

um método de planejamento em si, sugere um modo de entender os problemas de saúde e os processos de planejamento, apresentando alguns elementos para esse processo.

Ao compreender os problemas de saúde como socialmente determinados, interessa-se pelo comportamento dos atores sociais e enfatiza a análise das relações de poder, considerando as práticas de saúde como sendo ideológicas, conformadoras de seus sujeitos. Os fundamentos desta proposição referem-se a sua compreensão do planejamento como prática histórica, ao postulado de coerência que apresenta sua interpretação dos problemas de saúde enquanto problemas sociais e a compreensão e análise do Poder, na sociedade e no setor. Sendo assim, avança de uma proposta de planejamento estratégico em saúde para um pensar a ação política em saúde (GIOVANELLA, 1990).

O postulado de coerência é conceituado por Testa (1992) como a relação necessária entre propostas, métodos para alcançá-las e organização das instituições que se encarreguem disso. O autor também situa a que se refere o poder da sociedade referido em sua proposta, considerando-o tanto numa organização institucional quanto em um agrupamento de atores sociais com interesses em comum. Este poder é pensado em um duplo eixo, o dos resultados de seu exercício, que se relaciona ao poder cotidiano implicando, portanto, no poder societário como consequência do fazer cotidiano e, no segundo eixo, os tipos de poder na saúde, sendo assim divididos em técnico, administrativo e político, relacionados com a informação, recursos e capacidade de mobilização de grupos sociais (TESTA, 1992).

Testa sugere falar em pensamento no lugar de planejamento estratégico, não apenas como troca terminológica, mas como uma expressão da mudança de significado político e científico. Dessa forma, ressalta que apesar dos avanços do planejamento estratégico frente ao planejamento normativo, ele mantém uma certa separação terminológica entre a formulação científica e a intervenção política (TESTA, 1995).

Construo minha proposta de planejamento que integrando o cálculo tradicional (o diagnóstico e a proposta administrativa) com a análise estratégica da estrutura de poder setorial e as repercussões sobre ela das ações propostas, procura traçar uma maneira de se aproximar da posição de Habermas: criar uma estrutura comunicativa que devolva ao povo as ferramentas científicas necessárias para sua libertação” (TESTA, 1992, p. 126).

Acerca do pensamento estratégico de Testa, Rivera (1992) apontou uma contradição entre sua posição contrária à formalização metodológica e sua proposta de análise diagnóstica e do poder, uma vez que esta análise supõe um alto grau de formalização das categorias envolvidas representando um nítido método de trabalho, muito mais do que um simples marco teórico e além disso, a defesa de Testa sobre a necessidade de resgatar elementos do plano tradicional normativo dentro de uma formulação estratégica mais ampla sugeria, ainda, uma

clara posição metodológica. Aponta ainda que seria muito radical negar importância ou descaracterizar a função planejamento ao pregar um desinvestimento metodológico neste âmbito, sugerindo que tal posição seja devido a seu posicionamento como um ator fora do poder diretivo, situação que o leva a privilegiar o raciocínio estratégico à planificação estratégica diretiva.

A terceira vertente do planejamento estratégico latino-americano foi desenvolvida pela Faculdade Nacional de Saúde Pública de Antioquia, Colômbia, com sede em Medellín. Esta escola, que tem em Barrenechea e Trujillo Uribe seus nomes mais conhecidos, representa a continuidade de um pensamento no interior do campo da saúde, originado no começo dos anos 60 e que condicionou “o agir” da área de planejamento da OPAS. Como antecedentes mais imediatos podem ser apontadas as Estratégias e o Plano de Ação para alcançar a saúde para todos no ano 2000 (SPT/2000) nas Américas e os trabalhos da administração estratégica desenvolvidos a partir da crise econômica de 1974. A adoção da atenção primária como principal estratégia para alcançar SPT/2000 consolida uma reflexão objetiva orientada para a elaboração de instrumentos adequados para a ação dos agentes inseridos no nível central das instituições estatais do sistema de saúde, que têm a responsabilidade de planejar e administrar os processos decisórios (FEKETE, 2001).

Esta corrente busca se aproximar do conceito de necessidades de saúde através do critério das condições de vida, como parâmetro para priorização de grupos humanos e programação de ações em saúde. A partir da definição de espaços geográficos pequenos que consigam abrigar grupos sociais homogêneos, são realizadas análises de condições de vida, de saúde e de condições de acesso aos serviços, bem como identificação de problemas de saúde que afligem esses espaços para posteriormente identificar ações ou intervenções nos vários níveis de complexidade do sistema. Procura priorizar os espaços geográficos de piores indicadores de vida, saúde e acesso, sendo, desse modo, uma evolução marcante em relação a como estas eram vistas pelo método Cendes/OPAS de Programação em saúde (RIVERA, ARTMANN, 2012).

As críticas a este método são várias, desde a dificuldade na identificação de espaços geográficos suficientemente pequenos para sediar uma população homogênea, como também o tipo de indicador utilizado para estimar as condições de vida, que expressam a situação dos grupos humanos em relação à distribuição e consumo de bens e de serviços e, ao mesmo tempo, não demonstram as condições de inserção deles no modo de produção e suas condições de reprodução social. Por fim, também é considerada uma crítica, a identificação questionável entre acessibilidade aos serviços de saúde e condições de vida (RIVERA, 1992).

Diante destas duas tendências de planejamento, normativo e estratégico, Rivera (1995) propõe uma compreensão comunicativa do planejamento assim concebido como “um sistema de fala ou de pretensões de validade que opera uma coordenação intersubjetiva da ação no nível da definição comum de uma situação (momento explicativo) e das intenções dos atores (definição normativa)”. A visão comunicativa do planejamento requer o resgate interno no nível do processo decisório, revalorizando as questões da legitimidade e autenticidade dos planos de ação e introduzindo a necessidade do entendimento.

Num contexto em que vários projetos de sociedade/atores estão em conflito frequente, além de reconhecer os embates é preciso fortalecer a capacidade de escuta do outro e de interação e negociação. Nesse sentido, uma concepção pluralista e comunicativa do planejamento apresenta maior aplicabilidade (RIVERA, ARTMANN, 2010).

A partir dessa perspectiva comunicativa, que reconhece a linguagem como meio para alcançar o entendimento como base para a gestão participativa, como veículo e instrumento de cooperação e compromisso social, Martínez, Artmann, Porto (2010) utilizaram uma proposta simplificada do PES na Venezuela visando melhorar a equidade em saúde. Foi aplicado um indicador para estimar as necessidades de saúde e auxiliar na escolha do local para iniciar o planejamento e em seguida foram selecionados os atores-chave a partir de uma matriz. O local que combinou maior necessidade e maior potencial dos atores, foi o escolhido, a partir de então foram trabalhados os momentos explicativo, normativo e estratégico. Essa incorporação de ferramentas para estratificar as localidades permitiu um resultado positivo para o problema identificado, o que potencializou a gestão local em saúde contribuindo para a redução de desigualdades

A análise situacional, a planificação estratégico-situacional, a programação, o pensamento estratégico e o planejamento comunicativo oferecem várias possibilidades de utilização a depender de cada situação concreta. Por esse motivo é importante a contextualização das categorias de análise, teorias e propostas de ação, articulando os elementos abstrato-formais e histórico-concretos, sempre abertos a novos paradigmas. Para além da comunicação, persiste o desafio de triangular a produção teórico-metodológica, a experiência técnico-institucional e a militância sociopolítica (PAIM, 2010).

Partindo da ideia de planejamento como sendo uma tecnologia para articular mudanças no campo da saúde, Campos (2000) considera não existir uma receita pronta, nem uma única metodologia, mas sim um permanente movimento, um espaço dialógico de operacionalização e também de reflexão crítica. A autora propõe então, um planejamento a ser instituído, das agências oficiais de governo até os centros de saúde, pois existem muitos

planos lineares e esquemáticos pretendendo dar conta de questões complexas. Seria um espaço em que apareceriam as subjetividades, com incorporação da capacidade de escuta, inclusive do que se fala em silêncio, mas sem que com isso se percam de vista questões metodológicas.

2.2 Planejamento em saúde no Brasil

No Brasil, o planejamento em saúde passou por uma situação paradoxal. Houve uma fase de riqueza de ideias e teorias, mas sem um sistema nacional de saúde ou projeto nacional no setor que permitisse colocá-las em prática. E, por outro lado, uma fase de grande demanda de aplicação prática, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), mas com uma pouca absorção das teorias. Essa situação levanta a questão da relação entre teorias e práticas. O planejamento em saúde é, sobremaneira, uma questão prática, no entanto a teoria é importante, pois deve orientar a aproximação da realidade e direcionar as ações no setor, assim como a prática, visto que é dela que se levantam os problemas a enfrentar e é nela que as teorias devem demonstrar sua eficácia (ROCHA, 2011).

Entre os antecedentes do planejamento em saúde no país, podem ser citadas a programação de algumas campanhas, os movimentos da medicina preventiva e comunitária e a administração hospitalar. Essas práticas não se caracterizavam de fato como planejamento em saúde, pois este supõe uma lógica caracterizada por momentos ou fases e essas atividades possuíam objetivos específicos ligados a um grau de eficiência na utilização da oferta, no entanto, é um antecedente a ser considerado como um desenvolvimento particular em algum momento ou fase da planificação (RIVERA, 1992).

No que diz respeito ao planejamento governamental no Brasil, sua incorporação teve início de fato a partir da década de 1940 por meio de várias tentativas no sentido de coordenar, controlar e planejar a economia brasileira. No entanto, essas tentativas eram consideradas mais como propostas, diagnósticos, ou como esforços para racionalizar o processo orçamentário, e com um olhar mais setorial, do que experiências que pudessem ser enquadradas na noção de planejamento propriamente dito. O período a partir de 1956, com o Plano de Metas do Governo Juscelino Kubitschek, pela complexidade de suas formulações e pela profundidade de seu impacto, pode ser considerado como a primeira experiência efetivamente posta em prática de planejamento governamental no Brasil (LAFER, 1984).

O Plano de Metas (1956-1961) é seguido do Plano Trienal do Governo João Goulart e depois dos Planos de Ação Econômica do Governo adotados pelos governos militares depois do golpe de Estado de 1964, época marcada pela crise do modelo desenvolvimentista e pela

tentativa de revitalizar as economias latino-americanas. Na época, acontecia no Uruguai a conferência que criou a Aliança para o Progresso fixando metas de desenvolvimento para os países e considerando ser o planejamento econômico o instrumento para as transformações desejadas (ROCHA, 2011).

Nesse período de governos militares, a estratégia de desenvolvimento econômico adotada gerou o chamado milagre brasileiro, com grande crescimento industrial, rápida urbanização, e deterioração das condições de vida de grande parte da população (TEIXEIRA, 2010). Na época, a inexistência de uma política de saúde unificada dificultava a consolidação de um planejamento nacional de saúde (MACHADO, BAPTISTA, LIMA, 2010), no entanto, o anseio por democracia e participação social começava a influenciar as ideias no setor, levando à procura de modelos participativos e democráticos, incorporando ao planejamento componentes políticos (ROCHA, 2011).

Desse modo, os planos adotados começavam a mostrar uma incorporação de concepções advindas do pensamento estratégico, como no II Plano Nacional de Desenvolvimento que colocava entre as necessidades, a questão do desenvolvimento social com a elaboração e implementação de vários programas na área da saúde, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). No período de luta pela redemocratização do país e com a eclosão da crise do setor saúde, foram elaboradas algumas propostas de reforma do setor, como o PREV-SAÚDE, que não foi implantado, e posteriormente as Ações Integradas de Saúde (AIS), cuja implantação constituiu um embrião da implantação do Sistema Unificado de Saúde (SUDS). O planejamento em saúde nas organizações públicas, com a organização e fortalecimento do Movimento pela Reforma Sanitária, passou então a apresentar uma situação mais favorável para o seu desenvolvimento (TEIXEIRA, 2010).

Ao mesmo tempo que as práticas de planejamento se desenvolviam, também foram sendo consolidadas tendências teórico-metodológicas do planejamento em saúde no país, entre elas Merhy (1995) destaca a ação programática em saúde, a vigilância à saúde, o planejamento comunicativo e a gestão estratégica em saúde, a serem explicitadas abaixo. Esses caminhos têm em comum o fato de reconhecerem um clima de crise na forma de organizar o setor saúde e a necessidade de reformar suas práticas, no entanto diferem no sentido de que ou carregam a ideia de um método de ação reformador, ou de que é necessário trabalhar na produção de sujeitos reformadores.

Para a Ação Programática em Saúde, as práticas agem de modo a moldar o modo como são construídos os problemas de saúde e as formas de intervenção. Utiliza a

epidemiologia para a construção da intervenção o que permite uma releitura do universo das necessidades de saúde. A necessidade e as práticas tecnológicas de saúde são lidas a partir da perspectiva da teoria do trabalho, daí vem a limitação, pois o universo da intervenção em saúde tem questões mais amplas do que a teoria do trabalho consegue incorporar. A Vigilância em Saúde também utiliza a epidemiologia para conduzir o campo das necessidades de saúde, mas para desenhar um mapa de risco para captar as singularidades do território. Associa a construção de um sistema de informação, epidemiologicamente centrado sobre territórios definidos com a construção de um processo de gestão das práticas e serviços, o distrito sanitário, como a forma de transformar um modelo médico-centrado em um epidemiologicamente ordenado. Utiliza os instrumentais do PES para operar com a construção da gestão dos distritos, porém parte da noção de que o ator em situação que define os problemas são os saberes epidemiológicos, rendendo-se a uma ação normativa sobre a dinâmica de organização e gestão do processo de trabalho em saúde, dessa forma, a dinâmica mais ampla do cuidado à saúde é empobrecida (MERHY, 1995).

O Planejamento Estratégico Comunicativo tenta explorar ao máximo o PES, para torná-lo uma ferramenta para as transformações do sentido da política de saúde no Brasil, apontando a possibilidade de Planos de Ação aderentes aos princípios da Reforma sanitária e possibilitando maior acumulação de poder no interior dos distintos atores sociais vinculados ao movimento. Numa crítica ao PES de Matus, defende que ele se potencializa na lógica da ação comunicativa, tornando-o um instrumento a favor da construção do consenso entre pares, tanto no âmbito governamental quanto na ação organizacional. E, por fim, a Gestão estratégica, que compreende o campo da saúde com maior complexidade, estando imerso em uma múltipla dinâmica institucional em um intenso processo de disputa por sentidos diferentes para a conformação de um dado poder instituído, no qual os próprios sujeitos coletivos se modificam na ação. Nessa teoria, somente percebendo essa linha de forças a discussão sobre planejamento teria sentido, assim como a gestão de serviços e construção de modelos tecnoassistenciais de políticas de saúde, dessa forma, vem procurando abrir um novo leque em relação à discussão da ineficácia das abordagens mais prescritivas do campo do planejamento e da gestão em saúde (MERHY, 1995).

Essas correntes foram retomadas por Rivera, Artmann (2010) quando apresentaram suas diferentes visões e encaminhamentos teórico-metodológicos e uma divisão baseada nas instituições em que se encontram os que a elas se dedicam: gestão estratégica do Laboratório de Planejamento (LAPA) da Faculdade de Medicina de Campinas defendendo um modelo de gestão colegiada e democrática; o planejamento estratégico comunicativo, representado por

núcleos da ENSP/Fiocruz, tendo como base a teoria do agir comunicativo (TAC) de Habermas; a corrente da Vigilância à Saúde postulando um modelo de vigilância à saúde que propõe pensar numa inversão do modelo assistencial; e, a escola da ação programática da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo destacando-se pela ênfase a formas multidisciplinares de trabalho em equipe.

Conforme observado por Paim, Teixeira (2006), os estudos na área de planejamento e gestão têm sido caracterizados por uma variedade de abordagens e, principalmente, no desmembramento dos estudos teórico-conceituais em propostas tecnológicas. Essas propostas vêm se difundindo na prática, produzindo vários relatos, estudos de caso e pesquisas avaliativas. A operacionalização dessas propostas tem apontado para uma centralidade nos gestores e trabalhadores de saúde, além da própria população representada nos conselhos de saúde.

Assim, o planejamento vem se constituindo em um espaço de inovação metodológica e organizacional, contemplando a incorporação e experimentação de técnicas e instrumentos oriundos de diversas correntes de pensamento na área. Mesmo diante da pluralidade e multiplicidade de abordagens, é possível conduzir as instituições a movimentos de construção coletiva de uma visão de futuro que contribua para a coesão interna entre a equipe dirigente, quadros técnicos e trabalhadores que atuam no cotidiano dos serviços (JESUS, TEIXEIRA, 2010). Esta rede, considerada complexa, pela qual passa a articulação necessária à prática do planejamento em saúde engloba desde as pessoas que assumem cargos de planejamento, os atores sociais representativos da sociedade até o ambiente em que as ações planejadas terão a oportunidade de serem implementadas e/ou executadas (ANUNCIAÇÃO, SOUZA, 2011).

Desde a criação do SUS, houve uma preocupação com a discussão do planejamento e as tentativas de institucionalizá-lo como componente fundamental de gestão, essa preocupação revelou-se também no cuidado ao manter como inspirações para a definição dos instrumentos utilizados, as abordagens teórico-metodológicas do planejamento em saúde (VIEIRA, 2009). Essas contribuições das vertentes de planejamento e de seus principais autores representaram um grande avanço e são essenciais para apoiar teoricamente os métodos de planejamento utilizados pelos profissionais dos serviços de saúde no âmbito do SUS. Desde a sua implantação oficial e em decorrência do processo de descentralização, o planejamento tem aparecido como um instrumento importante, conferindo mais poder e responsabilidade aos municípios, o que proporcionou uma nova relação entre as três esferas de governo (WERNECK, 2012).

Apesar dos avanços do planejamento no SUS, obstáculos e lacunas têm impedido a unicidade e integração entre os gestores em suas esferas de governo, entre eles, Vieira (2009), aponta o fato de que embora tenham sido despendidos esforços, o planejamento ascendente previsto na Lei Orgânica da Saúde não se concretizou, sendo observada uma desarticulação entre as diretrizes, objetivos e metas definidas em cada esfera de governo levando o Ministério da Saúde a definir linhas estratégicas que não são as mesmas defendidas por estados e municípios. A desarticulação também acontece entre instrumentos de gestão do sistema e instrumentos de planejamento e orçamento público, o que dificulta a garantia do financiamento adequado para a realização das ações de saúde em tempo apropriado. Werneck (2012) acrescenta também que ainda persiste um componente de caráter ideológico que reveste as decisões políticas, decorrente da concepção e dos interesses das classes dominantes que ocupam o poder e direcionam as práticas de saúde e os comportamentos da população.

Nesse sentido, mesmo com a ampliação do debate sobre a institucionalização da prática de planejamento em saúde, houve uma desvalorização decorrente da ascensão do ideologismo neoliberal na década de 90 e o planejamento foi mantido como um ritual burocrático na maioria das instâncias do governo. Apenas no final daquela década foram retomadas algumas estratégias mais consistentes de planejamento na saúde. No período correspondente ao governo Lula há uma retomada da ideologia desenvolvimentista por meio do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), que influencia positivamente estas iniciativas setoriais de fortalecer o planejamento nacional (MACHADO et al., 2010; TEIXEIRA, 2015).

O PlanejaSUS é representado pela ação contínua, articulada, integrada e solidária do planejamento das três esferas de gestão do SUS. Pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se para fortalecer e consolidar os objetivos e as diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, as necessidades e as realidades de saúde loco regionais. Como parte do ciclo de gestão, também tem o intuito de buscar, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais do planejamento, de monitoramento e da avaliação, como também a promoção da participação social e integração intra e intersetorial (BRASIL, 2006).

Este sistema se expressa concretamente em seus instrumentos básicos resultantes do processo de planejamento nas três esferas de gestão do SUS que são: o Plano de Saúde e a respectiva Programação Anual em Saúde; e o Relatório de Gestão. Todavia, estes instrumentos deverão ser compatíveis com os respectivos Planos Plurianuais (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). O Plano de Saúde é o instrumento básico que, em cada esfera, norteia a definição da Programação Anual das ações

e serviços de saúde prestados, assim como da gestão do SUS. Já o Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários (BRASIL, 2006).

Após sua regulamentação, foram emitidas várias portarias como a de nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006 que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS e a portaria nº 376, de 16 de fevereiro de 2007, que institui incentivo financeiro para o Sistema de Planejamento do SUS, a ser transferido de forma automática aos Fundos de Saúde, em parcela única, após elaboração do programa de trabalho pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Dentre as portarias é importante destacar também a que estabelece o Pacto pela Saúde, que propõe a formalização dos acordos estabelecidos entre as esferas de governo através da assinatura de termos de compromisso de gestão, compreendendo responsabilidades, objetivos e metas associados a indicadores de monitoramento. A adesão aos termos substitui os antigos processos de habilitação previstos nas normas operacionais do SUS como condição para transferência de responsabilidades e recursos. Este pacto acentua a necessidade de cooperação intergovernamental na política de saúde (MACHADO et al., 2010).

E em 2013, revogando portarias anteriores, foi emitida a portaria GM/MS nº 2.135, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS e os instrumentos para planejamento no SUS, sendo eles o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão. Acrescenta que estes instrumentos se interligam sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS (BRASIL, 2013).

O estabelecimento de responsabilidades das três esferas institui a necessidade permanente de informações que permitem a reflexão dos gestores sobre os modos de operar as atividades de planejamento e os auxiliem na tomada de decisão para ajustá-las às necessidades do SUS (BERRETTA et al., 2011). Sendo função estratégica a melhoria da capacidade resolutiva do sistema de saúde, devem ser envolvidos tanto o componente de caráter político quanto o de caráter técnico. O caráter político se expressa na negociação e pactuação entre os entes federados e internamente em cada esfera de gestão. O componente de caráter técnico envolve o conhecimento sobre planejamento e a capacitação continuada de profissionais, para que se possa efetivamente, contribuir para a resolubilidade da gestão e das ações/serviços de saúde (ROCHA et al., 2013).

Contudo, a despeito dos avanços obtidos com a implantação do SUS, ainda existem lacunas nos processos de formulação de políticas e no uso das tecnologias de planejamento,

demonstradas pelo predomínio de práticas não estruturadas, dependentes da capacidade de decisão dos gestores. Pode-se acrescentar ainda a baixa governabilidade do sistema, a escassa responsabilização e a fragilidade do controle social sobre a gestão das políticas e instituições públicas (JESUS, TEIXEIRA, 2014).

Com relação aos problemas enfrentados pelo planejamento no SUS, Cecílio (2010) afirma que este termo foi perdendo força durante a experiência de construção do nosso sistema de saúde e como instrumento de luta e mudança. Em meio a questionamentos sobre o que se fala quando se diz planejamento, ou sobre o que se planeja hoje no SUS e qual o modelo de utilizado enquanto concepção e tecnologia, afirma que vários dos planos municipais apresentam tanto apego às normas e formalidades, que ficam muito aquém dos pensamentos de Matus e Testa. “São raríssimas as experiências municipais, hoje, de o planejamento ser utilizado como elemento politizador, problematizador e promotor de mudanças como pensamos um dia. Os caminhos têm sido outros...[...]”

Nesse sentido, Bahia (2010) reitera que as ações de planejamento nas instituições públicas de saúde têm sido precárias e em certos casos orientadas por noções burocráticas de plano-documento além de demonstrações físicas da implantação de unidades de saúde. Entretanto, afirma que certamente, o planejamento pode contribuir para encarar estes desafios concernentes à preservação e reorganização da fragmentação das concepções e práticas da atenção à saúde.

2.3 Atenção especializada em saúde bucal no Brasil

A discussão sobre a contribuição da odontologia em um programa nacional de saúde data da década de 80, espaço aberto pela primeira vez na VII Conferência Nacional de Saúde, foi ressaltado o modelo de prática e assistência odontológicas, proposto até então, como ineficaz, ineficiente, mal distribuído, de baixa cobertura, com enfoque curativo, de caráter mercantilista e monopolista e com recursos humanos inadequados (BRASIL, 1980).

Era predominante a ideia de que as necessidades de tratamento odontológico eram tão grandes que impossibilitariam um bom resultado de qualquer proposta odontológica de solução em massa, nesse sentido, levantamentos da situação de saúde bucal eram considerados desnecessários, uma vez que bastava saber que o problema era imenso. Com início em 1985, o primeiro levantamento de saúde bucal com abrangência nacional só foi finalizado em 1986 pelo Ministério da Saúde, fornecendo informações sobre os problemas epidemiológicos básicos da população residente na área urbana de 16 capitais, representativo das cinco regiões brasileiras. Nele comprovaram-se altos índices de cárie em todas as faixas

etárias, com aumento do componente perdido no índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) e baixos percentuais de indivíduos com o periodonto saudável com o aumento da idade (BRASIL, 1988).

No auge do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Nesta, a problemática de saúde bucal da população foi exposta e discutida de forma pluralista, reafirmando-a como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, estando, portanto, intimamente vinculada à luta pela melhoria de fatores condicionantes sociais, políticos e econômicos, o que caracteriza a responsabilidade e dever do Estado em sua manutenção (BRASIL, 1986).

Sendo assim, o direito à saúde, conquistado pela sociedade brasileira, foi reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado com a Lei nº 8.080/1990. Esta regulamentação prevê como princípios do sistema, entre outros, a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis e a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 1990).

Apesar dos avanços e mudanças no sistema de saúde brasileiro, a concretização de seus princípios nos anos 90 foi tensionada continuamente por diversos obstáculos estruturais e conjunturais, entre eles, a marcante desigualdade social no país, as características do federalismo brasileiro e a persistência de traços do modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema de saúde foi construído, bem como a repercussão ocorrida no Brasil da onda conservadora de reformas no plano político, econômico e social em vários países a partir da década de 1980, norteadas pelo fortalecimento das ideias neoliberais sobre a crise dos Estados nacionais. As mudanças decorrentes deste contexto tornaram tensa a implementação de políticas sociais universais, incluindo aí a construção do SUS, principalmente em países como o Brasil, onde os sistemas de proteção social não são consolidados (LEVCOVITZ, LIMA, MACHADO, 2001).

Como resposta a essa conjuntura nacional, os delegados e participantes da II CNSB afirmaram sua indignação com o projeto neoliberal em curso no Brasil responsável pelo desmonte do Estado, da Seguridade Social e pela piora das condições de vida. Foram então aprovadas diretrizes e estratégias políticas para a SB no país, levando em conta a SB como direito de cidadania, um novo modelo de atenção em SB, os recursos humanos, o financiamento e o controle social. A efetiva inserção da SB no SUS deveria desmistificar

modelos de programas verticais e de políticas ainda existentes que não levam em consideração a realidade concreta. Foi uma resposta legítima da sociedade civil organizada de não aceitar uma situação iatrogênica, excludente e ineficaz da saúde bucal no país (BRASIL, 1993).

Decorridos dez anos do primeiro levantamento, em 1996, foi realizado o segundo levantamento epidemiológico nas 27 capitais brasileiras, na população de 6 a 12 anos, gerando dados relativos à cárie dentária de crianças na idade escolar, e revelou uma diminuição do índice nesta na faixa etária de 6 a 12 anos, no entanto com marcantes diferenças regionais (BRASIL, 1996).

A situação de saúde bucal no Brasil apresentava-se muito aquém do cenário internacional, com desigualdades no acesso e na utilização dos serviços muito grandes, de acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) de 1998, uma parcela considerável da população (19%) declarou nunca ter consultado um dentista. As proporções dos que consultaram um dentista a menos de um ano foram sempre maiores no grupo dos mais ricos, e nos grupos etários mais jovens (BARROS, BERTOLDI, 2002).

Para avaliar os principais agravos em diferentes grupos etários, incluindo tanto a população urbana como rural, no ano 2000, o MS iniciou a discussão sobre a realização de um amplo projeto de levantamento epidemiológico. Este levantamento permitiu identificar que apesar de um declínio da cárie dentária, principalmente na população infantil, foram encontradas situações preocupantes nas demais faixas etárias tanto para cárie dentária, quanto para os problemas periodontais com diferenças marcantes entre as regiões. O edentulismo se apresentou como um grave problema no país, iniciando muito precocemente, sendo necessário algum tipo de prótese já a partir dos 15 anos de idade (BRASIL, 2004).

Com uma nova conjuntura política que se expressou com a posse do presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva em 2003, forças democráticas que concebiam a saúde bucal como um direito de cidadania uniram-se num projeto comum. Como o recém-empossado governo tinha como estratégia a superação da exclusão social, foi dado início à elaboração de uma Política Nacional de Saúde Bucal que resgatasse o direito do cidadão brasileiro à atenção odontológica, por meio de ações governamentais, superando o histórico abandono e a falta de compromisso com a saúde bucal da população (COSTA, CHAGAS, SILVESTRE, 2006).

A Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, com a finalidade de reorientar as concepções e práticas no campo da Saúde Bucal em todos os níveis de atenção e tendo o conceito de cuidado como eixo de reorientação desse modelo, se constituiu em uma série de

medidas para garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos brasileiros apontando para a ampliação e qualificação da atenção básica e assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário tendo em vista a integralidade da atenção (BRASIL, 2004).

Entre os estabelecimentos de saúde considerados de nível secundário de atenção em saúde bucal, estão os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). São estabelecimentos de saúde que devem realizar, no mínimo, as atividades de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a portadores de necessidades especiais (BRASIL, 2004). Em relação aos recursos físico-estruturais desses estabelecimentos, podem ser classificados em três tipos (I, II e III) e devem funcionar 40 horas semanais com número variável de profissionais em função do tipo, como também a meta mensal de produção em função do subgrupo de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS (BRASIL, 2006).

O acesso e a utilização dos serviços odontológicos especializados apontam para a integralidade como eixo orientador dos sistemas de serviços de saúde (CHAVES et al., 2012). Porém, apesar do acesso aos serviços públicos odontológicos ter melhorado nos últimos anos, há ainda um grande nó crítico quanto ao acesso a esses serviços (SALIBA et al., 2013). Em vista disso, a implementação da atenção secundária apresenta dificuldades para o alcance desta integralidade e superá-las e/ou amenizá-las, pode encurtar o caminho para a resolução das necessidades em saúde bucal (VAZQUEZ et al., 2014).

Tal qual o Brasil Sorridente, os CEO representam uma conquista social do direito universal à saúde e têm como objetivo ampliar a assistência pública odontológica de média complexidade e apoiar as ações de atenção primária neste nível. Em vista do seu papel social em reduzir iniquidades de acesso aos serviços odontológicos especializados e propiciar reduções na morbidade relacionada à saúde bucal, esses serviços devem ser avaliados em prol da melhoria contínua do seu desempenho (MACHADO, SILVA, FERREIRA, 2015).

Sendo uma realidade um tanto quanto recente e em fase de construção, a atenção odontológica pública de média complexidade tem especificidades locais que ao serem avaliadas em conjunto, refletem as conquistas obtidas por esse nível de atendimento desde sua implantação. Algumas adequações nos critérios e normas de implantação e monitoramento desses serviços devem ser consideradas, e além disso, os sistemas de avaliação, quando existem, ainda são incipientes (KITAMURA et al., 2016).

O CEO se mostra como uma importante ferramenta em atenção secundária para propiciar a integralidade da assistência (SILVA et al., 2015). São estabelecimentos que permitem o desenvolvimento das estratégias positivas de busca pela ampliação e qualificação da atenção secundária em saúde bucal, além de representarem um avanço na reorganização das práticas odontológicas, uma vez que visam ofertar um maior acesso a procedimentos conservadores e romper com o modelo tradicional privatista (POSSAMAI et al., 2016).

De acordo com Tanaka e Melo (2001), avaliar significa mostrar um valor assumido com base no julgamento realizado segundo critérios previamente definidos. Ao avaliar, identifica-se uma situação específica reconhecida como problema e utilizam-se instrumentos e referências para emitir um juízo de valor, próprio a esse processo. Desse modo, a avaliação deverá ser também entendida como uma estratégia para decidir como enfrentar e resolver problemas.

A função da avaliação no processo de gestão é o de proporcionar conhecimentos que subsidiem a tomada de decisão, permitindo um aumento da eficiência, eficácia e efetividade das atividades desenvolvidas pelo serviço ou pela organização. A tomada de decisão na gestão em saúde é complexa e permeada de subjetividade e incertezas sendo uma responsabilidade e uma competência formal do gestor que, além das informações obtidas no processo avaliativo, utiliza o conhecimento pessoal que possui ou a percepção que tem do problema, forma uma convicção e toma uma decisão, mobilizando recursos necessários (TANAKA, TAMAKI, 2012).

Percebendo a importância dessa avaliação para garantir uma melhor qualidade dos serviços especializados em saúde bucal para a população, Figueiredo, Goes (2009) iniciaram a discussão sobre a avaliação de desempenho com base na produção ambulatorial dos CEO e sobre seu papel como estratégia instituída na oferta da atenção secundária no modelo brasileiro de atenção em saúde bucal.

Esses primeiros estudos sobre as avaliações de desempenho dos CEO tinham como objetivo verificar o cumprimento de metas de produção mínima, conforme preconizado em portaria, por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). Utilizando estes parâmetros instituídos, Figueiredo, Goes (2009) avaliaram os CEO de Pernambuco e observaram que boa parte apresentou desempenho bom de acordo com o indicador Cumprimento Global de Metas (CGM) desenvolvido pelos autores, sendo o melhor cumprimento para os procedimentos básicos. Relacionando esses dados com características municipais, perceberam que quanto menor a cidade e seu desenvolvimento humano, piores

eram os desempenhos observados pelos CEO, identificando uma necessidade de adequação dos critérios e normas para implantação e monitoramento dos CEO.

Sugerindo que fatores estruturais e contextuais podem estar relacionados ao cumprimento da atenção secundária também no estado de Pernambuco, Magalhães et al., (2012) observaram melhores resultados em serviços implantados a mais tempo, que não solicitaram antecipação financeira, em municípios maiores e com menor cobertura de saúde da família.

Numa avaliação nacional destes serviços, Goes et al., (2012) observaram uma dificuldade na maioria das regiões para o cumprimento das metas, exceto no Centro-Oeste e Sudeste, sendo a região Norte a que apresentou o menor percentual de serviços implantados no país. Os CEO tipo III, considerados mais estruturados, obtiveram melhores resultados para o desempenho e cumprimento de metas. Ademais, assim como identificado no estudo de Figueiredo, Goes (2009), o maior cumprimento de metas foi obtido pelo subgrupo atenção básica em detrimento das demais especialidades, sugerindo como fator para tal realidade o fato de poucos municípios se basearem em estudos epidemiológicos para sua implantação.

Dados semelhantes foram identificados por Cortellazzi et al., (2014) ao analisarem o desempenho dos CEO no país, no entanto neste estudo o Sudeste já esteve relacionado ao desempenho ruim/regular dos CEO. Esses autores ressaltaram ainda a importância dessa avaliação associada aos indicadores sociodemográficos, variáveis estruturais dos serviços e de organização da atenção básica no planejamento da atenção secundária em saúde bucal no país com o intuito de superar os desafios que possam surgir nesse nível de atenção.

Ao comparar municípios brasileiros com e sem CEO, Celeste et al., (2014), identificaram que o incentivo para a média complexidade em saúde bucal no SUS pareceu estar associado a maiores quantidades de procedimentos, demonstrando que os CEO parecem ter um efeito positivo na produção municipal.

No estado do Amazonas o cumprimento das metas também foi avaliado, não apresentando desempenho satisfatório. Um achado importante neste estado, foi que a cobertura das Equipes de Saúde Bucal na atenção básica pareceu não manter relação com o desempenho dos estabelecimentos, estando mais relacionado às características sociodemográficas dos municípios. Os piores desempenhos estavam associados aos municípios com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Produto Interno Bruto (PIB) per capita, maior índice de analfabetismo e incidência de pobreza (HERKRATH et al., 2013).

Ao avaliar a relação entre o número de procedimentos especializados com sua cobertura populacional no Pará, Silva et al., (2013) puderam verificar que apesar de um aumento na quantidade de procedimentos com o passar dos anos, isso não correspondeu a um aumento na cobertura, demonstrando dificuldades de acesso aos procedimentos odontológicos especializados no estado. Em Minas Gerais, Lino et al., (2014) também analisaram os procedimentos especializados considerados de atenção secundária pela PNSB, evidenciando uma quantidade igualmente significativa, no entanto, o estudo se propôs a analisar todos os estabelecimentos deste estado. Dessa análise foi possível perceber que a maioria dos procedimentos especializados são realizados em estabelecimentos de atenção básica, embora os CEO sejam considerados mais eficientes no cumprimento de metas e estejam localizados em municípios com melhores características sociodemográficas, uma minoria apresentou desempenho satisfatório.

Essa situação de baixo cumprimento das metas estabelecidas foi encontrada em outros locais conforme evidenciado em vários estudos (SANTANA et al., 2015; PIRES et al., 2015; FREITAS et al., 2016; THOMAZ et al., 2016) que sugeriram como possibilidades problemas de gestão e organização desses serviços, nesse sentido, Pires et al., (2015) ressaltaram a importância da atuação dos gestores na supervisão desses registros tanto para a estruturação dos serviços, quanto com relação ao risco de cortes no financiamento.

Em um CEO em Laranjeiras do Sul, no Paraná, sede de um consórcio com outros seis municípios, a avaliação do cumprimento de metas de produção revelou resultados positivos com relação ao desempenho, no entanto os autores ressaltam que uma avaliação apenas quantitativa, não reflete por si só em melhoria na qualidade dos serviços (POSSAMAI et al., 2016).

Em uma análise mais recente, Fernandes, Goes, Figueiredo, 2018 observaram que a média de procedimentos especializados no Brasil em relação ao número total de procedimentos odontológicos permaneceu em torno de 4,9% no período de 2008 a 2012, demonstrando inclusive que em locais onde a cobertura de saúde bucal na ESF foi maior, a proporção desses procedimentos especializados era menor, sugerindo que essa interação entre os níveis de atenção ainda é considerada insatisfatória. Um achado curioso deste estudo foi que embora os CEO pareçam ter um efeito positivo na produção municipal de procedimentos especializados, não foi encontrada correlação entre a proporção desses procedimentos e o número de CEO.

Dessa forma, muitos desses estudos de desempenho dos CEO motivaram outros estudos avaliativos com o propósito de discutir vários aspectos na atenção odontológica de

média complexidade, como os que analisaram sua inserção, os fatores relacionados à integralidade do cuidado, a interface entre a Atenção Básica (AB) e a atenção especializada, satisfação dos usuários entre outros, conforme será brevemente explicitado a seguir.

Concebidos como uma das frentes da PNSB, os CEO devem ser entendidos como uma extensão do trabalho realizado por toda a rede de atenção básica. Estudos que avaliaram a sua inserção inicial, apesar de apresentarem diferenças regionais, revelaram ser uma estratégia promissora para a reorganização da atenção em saúde bucal (SALIBA et al., 2010). No entanto, apesar da ampliação dos serviços de atenção secundária em saúde bucal, como o ocorrido no Ceará, e do aumento de procedimentos odontológicos especializados, a capacidade de resolver os problemas com esses serviços era considerada um desafio para os administradores e profissionais da área de saúde bucal (ARAÚJO, MENEZES, SOUSA, 2012). Nesse sentido a gestão local assume um papel central para o êxito da implementação de políticas com formulação e indução do nível federal, como a PNSB (ROSSI, CHAVES, 2015).

Um dos princípios norteadores dessa política é a integralidade do cuidado e, entre os fatores que contribuíram para a garantia desse princípio constitucional na assistência à saúde bucal em alguns CEO da Bahia, o principal esteve relacionado à maior cobertura da atenção primária no território em que o serviço especializado estava situado, bem como à menor idade do usuário, ao tipo de necessidade de serviço demandada, além da facilidade de acesso ao serviço (CHAVES et al., 2010).

Mesmo o CEO sendo considerado ideal para a garantia da integralidade, e de apresentar bons resultados na percepção dos profissionais, há uma baixa taxa de utilização de serviços públicos odontológicos especializados em CEO na Bahia, o que pode revelar problemas de gestão do serviço, conforme já sinalizado por outros autores, como a ausência de clareza sobre padrões e metas, além da não substituição de pacientes faltosos ou até mesmo diferentes tecnologias utilizadas pelos especialistas no atendimento aos usuários (CHAVES et al., 2011).

Além dessas barreiras de acesso do próprio serviço, outras podem ser encontradas, como barreiras geográficas financeiras e organizacionais para explicar as baixas taxas de aproveitamento de marcação de consultas e utilização do serviço e a alta taxa de faltosos causando um grande impacto financeiro para os municípios (PINTO et al., 2014).

No que concerne à relação entre os níveis de atenção na odontologia, antes mesmo de iniciar essa discussão nacional, outros estudos de âmbito internacional já investigavam como acontecia este relacionamento. Ao investigar a natureza dessa interface entre a atenção

primária e secundária na odontologia, Morris, Burke (2001; 2001b) descreveram como qualidades ideais a equidade, a continuidade do cuidado, eficiência e eficácia, e, apesar dessa situação ideal comumente não ser encontrada nos serviços de saúde, podem servir como guia para identificar problemas. Entre os principais problemas apontados à época estão a falta de serviços de atenção secundária a uma distância aceitável para o deslocamento da população, longos períodos de espera, ausência na coordenação do cuidado que fragiliza a sua continuidade, ausência do comparecimento dos pacientes nas consultas e uma baixa qualidade de informações nos encaminhamentos da atenção primária

Analisando essa relação no contexto brasileiro, Saliba et al., (2013) identificaram que no CEO investigado em São Paulo acerca da organização da demanda, os serviços de atenção primária e secundária seguem uma interface ideal considerando as características de equidade, integralidade, eficiência e eficácia, no entanto existem desafios a serem enfrentados como a grande quantidade de procura por demanda espontânea, além da evasão durante o tratamento.

Considerado um dos eixos básicos para a assistência integral à saúde, a organização de um adequado sistema de referência e contrarreferência é um dos mais importantes desafios a serem enfrentados no cotidiano dos serviços de atenção especializada em saúde bucal (RODRIGUES, VIEIRA, LEITE, 2013). Essa reflexão é fundamental para assegurar a longitudinalidade do cuidado e a qualidade do atendimento (BORGHI et al., 2013), uma vez que através do desenvolvimento desse fluxo de referência e contrarreferência é que as informações e os usuários trafegam no sistema, sendo as dificuldades desse trajeto consideradas entraves para o alcance da integralidade (VAZQUEZ et al., 2014).

Tendo em vista o olhar dos gestores em relação a articulação entre os níveis de atenção, Aguilera et al., (2013) puderam observar que os municípios da Região Metropolitana de Curitiba não conseguiam responder às demandas da atenção primária e menos ainda da média complexidade. O acesso aos serviços e a continuidade do cuidado também foram apontados por esses autores como desafios para uma estruturação e organização de uma atenção em saúde bucal baseada no planejamento de ações.

Ao analisar as diferentes formas de encaminhamentos aos CEO e a interface com a atenção básica, Souza et al., (2015) verificaram que as mais frequentes foram a demanda livre e a referência pelo dentista da Atenção Básica (AB). Os usuários que foram encaminhados pela AB possuíam maior interesse em retornar a este nível de atenção para dar continuidade ao tratamento, sendo considerado um fator decisivo para a integralidade da atenção, podendo comprometer inclusive o desempenho dos CEO.

O acesso, já anteriormente apontado como um dos desafios enfrentados pelos serviços especializados em saúde bucal é também considerado um ponto crítico na avaliação dos usuários sobre os CEO e é um dos principais fatores que influenciam sua satisfação (COLUSSI, CALVO, 2012). Esse fato também foi evidenciado por Lima, Cabral, Vasconcelos (2010) em estudo na cidade do Recife. Apesar de estarem em sua maioria satisfeitos com a assistência prestada nos centros, um dos problemas apontados é a dificuldade para obtenção de vaga neste nível de atenção.

Estas pesquisas avaliativas sobre a visão dos usuários são importantes para diagnosticar a realidade com o objetivo de nela intervir para oferecer uma assistência de qualidade e, como os CEO são serviços estratégicos para o desenvolvimento da PNSB, a satisfação do usuário é um relevante instrumento de avaliação da qualidade do atendimento recebido (MAGALHÃES et al., 2015). Nesse estudo, os autores constataram que os usuários estavam satisfeitos com os serviços prestados nos CEO de Pernambuco, principalmente entre aqueles que consideravam sua saúde bucal ruim e que frequentavam a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Em Minas Gerais, essa satisfação foi diferente entre os CEO analisados e foi associada à uma melhor autopercepção de saúde bucal e menor tempo de espera no consultório (KITAMURA et al., 2016). Em outro contexto, em serviços públicos de saúde bucal na Indonésia, a estrutura física apresentou o maior nível de satisfação entre os usuários, enquanto a dimensão da atenção odontológica e bucal apresentou menor satisfação (SAMAD et al., 2018).

Entendendo a Institucionalização da avaliação como incorporação à rotina dos serviços, Felisberto (2004) reconhece a necessidade de fortalecer e/ou desenvolver a capacidade técnica, nos diversos níveis do sistema de saúde, para adotar as ações de monitoramento e avaliação como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, e também como instrumento de suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos atores envolvidos. Esse reconhecimento permite que as decisões sejam tomadas a partir de evidências comprovadas e mesmo com vários movimentos nesse sentido, a crise do sistema de saúde está aumentando, estando também maior a necessidade de melhorar os processos de tomada de decisão (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Nesse sentido, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) foi instituído em 2013 pela Política Nacional de Saúde Bucal com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nos CEO, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente,

de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção especializada em saúde bucal (BRASIL, 2015). De acordo com os dados da avaliação externa do primeiro ciclo deste programa, 932 CEO foram avaliados nos 26 estados e Distrito Federal, e os dados obtidos por meio dessa avaliação contêm informações muito consistentes dos serviços de odontologia prestados no SUS (CARRER et al., 2018).

Para qualificação da atenção especializada, o PMAQ-CEO tem como objetivo enfrentar alguns desafios já apontados anteriormente como a qualidade da estrutura física; a insuficiência de instrumentais e equipamentos de qualidade; a ambiência dos CEO; as inadequadas condições de trabalho para os profissionais; a instabilidade e elevada rotatividade destes; a incipiência dos processos de gestão centrados na indução e acompanhamento da qualidade; a grande demanda acumulada, que gera longa fila de espera para atendimento nos CEO; a ausência de protocolos clínicos para tratamento especializados; a pouca integração dos profissionais do CEO com a Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica e outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS); a ausência de protocolos de referência e contrarreferência de usuários; e, financiamento insuficiente (BRASIL, 2013).

Utilizando dados decorrentes da avaliação externa do 1º ciclo do PMAQ-CEO, Goes et al., (2018) analisaram a regulação do acesso ao CEO, mais especificamente o tempo de espera pela primeira consulta em associação com fatores socioeconômicos e demográficos dos usuários, além de características dos serviços. Foi observado que quanto maior a renda familiar, escolaridade, cobertura da atenção básica e maior autonomia dos usuários para realizar seu deslocamento até o serviço, menor o tempo de espera. No entanto, quando analisada a forma de agendamento das consultas, mesmo considerando que o horário programado seria uma condição mais favorável para a organização dos serviços, a demanda espontânea esteve relacionada a uma maior garantia para que o usuário conseguisse uma consulta mais rapidamente. Estes autores sugerem, portanto, que sejam discutidas essas modificações que estão ocorrendo em relação ao acesso aos CEO.

Além dessa análise, foram pesquisadas também a partir dos dados do PMAQ-CEO situações encontradas acerca de algumas especialidades como a endodontia e a prótese. Carrer et al., (2018) observaram que a endodontia é a especialidade mais solicitada, mas os serviços necessitam de mecanismos de gestão mais eficazes para minimizar o problema do absenteísmo observado, diminuindo assim as filas de espera existentes. Considerando a alta necessidade de prótese, principalmente por idosos das regiões Norte e Nordeste, Rebelo et al., (2018) observaram uma baixa oferta deste serviço pelos CEO, principalmente para a prótese

parcial removível, além de uma distribuição desigual tanto entre as regiões quanto em cada uma delas. A partir dessas análises em âmbito nacional são sugeridos pelos estudos mais investimentos de modo a melhorar a capacidade instalada, gestão e educação permanente para melhor lidar com essa realidade com o intuito de permitir a garantia dos princípios de universalidade e integralidade da atenção à saúde bucal.

A avaliação dos CEO pelos usuários no Brasil de acordo com a análise realizada a partir do PMAQ-CEO demonstrou que de forma geral suas opiniões foram positivas no que diz respeito às instalações, ao desempenho dos recursos humanos e essa avaliação positiva foi relacionada à ausência de interrupção do tratamento. Além disso, entre os que concluíram seu tratamento, relataram ter seus problemas de saúde resolvidos. No entanto, a proporção de usuários que relatou conhecer as ferramentas de controle social, receber o encaminhamento da ESF, bem como o documento de contrarreferência foi menor, evidenciando ser necessária uma melhor qualificação nesses aspectos além do acompanhamento dessas análises nos próximos ciclos (CAVALCANTI, CARDOSO, PADILHA, 2018).

Além desse programa, a avaliação da qualidade dos CEO pode ser realizada em nível local através da incorporação de novas tecnologias conforme evidenciado por SANTOS et al., (2018) que utilizaram o portal eletrônico de avaliação e monitoramento do CEO (Portal CEO), ferramenta que permite o processamento automatizado de dados para avaliar a unidade de saúde em nível local, o monitoramento dos serviços, além de auxiliar no processo de tomada de decisão para a melhoria da qualidade. Essa incorporação pode contribuir para o fortalecimento do conhecimento na área de avaliação tanto pela introdução da inovação tecnológica quanto pela ampliação da discussão de avaliações sobre atenção secundária à saúde bucal. Sua utilização no estado de Pernambuco demonstrou que foi possível obter as condições mínimas necessárias para a prestação de um serviço de qualidade. Desse modo, o portal além de ter o potencial de servir como suporte institucional ao PMAQ-CEO, pode contribuir com o planejamento e gestão identificando aspectos importantes do serviço.

2.4 Planejamento em saúde bucal

A implantação de um modelo universal, integral e equânime de atenção à saúde bucal no Brasil, é considerado um avanço para a reorganização do modelo de atenção. E a inserção do cirurgião-dentista na ESF permitiu que pudessem ser incorporadas outras atribuições, para além das clínicas, entre elas a de planejamento em saúde bucal, no entanto apesar dos avanços obtidos, a ausência de um planejamento a longo prazo por parte dos gestores públicos aliada a outros fatores conduz a ações isoladas e de pouca efetividade, sendo ainda um desafio ao

alcance dos preceitos do SUS e das Diretrizes da PNSB (BITTAR et al., 2009; GOES et al., 2014).

Diante desse contexto nacional, com a programação tradicional em Odontologia começando a incorporar as diretrizes da ESF, já era possível observar impasses e a necessidade de renovações no treinamento de profissionais e nos princípios de planejamento adotados. A programação em odontologia tem se concentrado em torno de grupos vulneráveis, com atenção em livre demanda predominantemente curativa, buscando a otimização da produção de serviços e minimização dos custos, padrão considerado deficiente para a promoção de impacto sobre a saúde bucal do usuário, necessitando do desenvolvimento de rotinas de avaliação específicas para conferir a eficácia desejada. No entanto, ainda se observa forte resistência dos profissionais para a introdução dessas novas abordagens em avaliação e programação na saúde bucal (PADILHA et al., 2005).

A utilização do planejamento estratégico como ferramenta de gestão no serviço público possibilita melhoria na organização, cobertura e qualidade dos serviços de atenção à saúde bucal, conforme observado por Tagliaferro et al., (2005), quando analisaram a utilização do planejamento estratégico no município de Piracicaba/SP. Com o objetivo de planejar ações e programas de forma mais efetiva e integrar a saúde bucal de forma multiprofissional às demais áreas da Secretaria Municipal de Saúde, sua utilização produziu resultados positivos, e embora as discussões terem permanecido restrita aos atores da área, possibilitou o início de uma mudança de paradigma de uma odontologia com uma filosofia curativista para um olhar mais abrangente das condições de saúde bucal.

A implantação da atenção em saúde bucal é um processo que revela possuir diferentes estágios de evolução, resultantes do contexto de cada local analisado, nesse sentido, no estado da Paraíba, Padilha et al., (2005) observaram que apesar de raras as atividades de planejamento e programação em saúde bucal realizadas no PSF na época de estudo, elas apontavam para o sucesso da iniciativa, pois em situações em que a estrutura institucional e de recursos humanos era favorável, foram encontradas propostas com melhor elaboração e implantação. No entanto, os autores encontraram vários cenários entre os municípios, inclusive a ausência de qualquer planejamento e um dos entraves apontados para a organização do trabalho foi a relação de uma ESB para duas da ESF, encontrada na maioria das equipes entrevistadas.

Considerando que a área de planejamento e gestão em serviços de saúde bucal é essencial para conseguir que as instituições desenvolvam ações a custos compatíveis com as possibilidades de financiamento de cada comunidade, essas devem ser bem planejadas e

executadas com qualidade e eficiência para resolver ou diminuir a magnitude dos principais problemas da área sendo fundamental que a produção científica se ocupe deste campo como objeto de conhecimento (NARVAI, FRAZÃO, 2008).

Na prática profissional do cirurgião-dentista, a elaboração do plano de tratamento do usuário pode ser considerada uma atividade semelhante às etapas do planejamento em saúde, quando se realiza o diagnóstico situacional, identificam as ações que podem e devem ser realizadas, mediadas pela participação dos atores envolvidos. Porém, mesmo planejando na vida diária e profissional, muitos dos profissionais de saúde bucal alegam ter dificuldades de realizar o planejamento em saúde e isto se aplica tanto ao trabalhador que está numa UBS ou USF, como para o que tem a função de elaboração de um plano municipal ou estadual de saúde bucal (MANFREDINI, 2009).

Esse planejamento pode permitir uma prática odontológica mais completa e efetiva e que cause maior impacto à população. No entanto, conforme apontado por Cavalcanti et al., (2012) em estudo no município de João Pessoa, os cirurgiões-dentistas possuem várias percepções sobre o conceito de planejamento, consideram que é importante conhecer as necessidades dos usuários, no entanto, ao mesmo tempo, acreditam que a comunidade não está suficientemente madura para discutir como as ações em saúde devem ser organizadas, gerando uma percepção unilateral sobre as demandas da população. Alguns profissionais inclusive acreditam que, dado os seus conhecimentos técnicos, deveriam liderar o planejamento e a organização do serviço para os usuários. Esses podem ser alguns dos fatores que contribuem para as várias formas de organização, demonstrando a fragilidade dos profissionais em reconhecer, propor e executar o planejamento em saúde bucal.

Essas dificuldades podem ser um reflexo da obtenção de conhecimentos relacionados à saúde bucal na ESF durante os cursos de graduação, conforme evidenciado por Bastos, Soratto, Sônego (2013) em que alguns os cirurgiões-dentistas relataram que a maior preocupação das universidades era a de transmitir conteúdos clínicos com poucas disciplinas de saúde bucal coletiva, além da inexistência da ideia de ESF na época de sua formação. Quando questionados da existência de planejamento estratégico com ações voltadas para a ESF a maioria dos profissionais afirmou que não é realizado, apontando apenas seguir o cronograma e decisões advindas da coordenação e de forma individualizada na ESF.

Essa pouca ênfase ao planejamento durante a formação profissional e a dificuldade em conceituá-lo também foi identificada por Sá et al. (2015), no estado de Santa Catarina, ao observar que os cirurgiões-dentistas e a gerência enxergam o planejamento como sinônimo de plano de tratamento do paciente e também como uma escala de tarefas ou atividades

individuais e normativas. É preocupante ainda o desconhecimento da gestão sobre a importância do planejamento para o enfrentamento das necessidades de saúde bucal da população evidenciado pela ausência do diagnóstico da realidade, identificação de problemas e definição de metas baseadas na epidemiologia no Plano Municipal de Saúde.

Um serviço mais organizado, considerado como aquele que dispõe de apoio político e planejamento técnico para a sua implantação, que cumpre as diretrizes propostas pela PNSB e com gestores que têm capacidade de governo e controle da condução do processo de trabalho, de acordo com Soares, Chaves, Cangussu (2015), esteve associado ao maior uso dos serviços públicos odontológicos na Bahia, facilitando a utilização de uma assistência mais integral. Os autores sugerem investimentos na qualificação da gestão, no entanto, é preciso que os profissionais tenham também um olhar mais atento ao perfil de vulnerabilidade dos usuários.

A realização de atividades de planejamento nos CEO é um dos padrões de qualidade investigados na avaliação externa do PMAQ/CEO e com base nela, Lucena (2016) observou que sua realização esteve associada aos municípios que apresentaram menor cobertura de Equipes de Saúde Bucal/Estratégia Saúde da Família (ESB/ESF), à presença de gerente com formação complementar em saúde pública e que realizam auto avaliação, além do maior cumprimento de metas das especialidades. O processo de trabalho do CEO, principalmente no que se refere à gestão do serviço, é um importante nó crítico para seu adequado funcionamento, visto que a prática do planejamento mostra estar mais ligada à capacidade técnica e compromisso do gestor do que à quantidade de serviços existentes.

Utilizando essa mesma avaliação, Nunes et al., (2018) analisaram os indicadores de planejamento e ações da gestão para organizar o processo de trabalho dos CEO. De acordo com este estudo, a maioria das equipes afirmou acompanhar as metas por especialidade, fazer a autoavaliação utilizando o AMAQ como instrumento e usar seus resultados na organização do processo de trabalho. Com base nesses resultados, foram propostos instrumentos para apoiar as equipes de CEO no acompanhamento e monitoramento da produção mensal por especialidade e das metas, com o objetivo principal de auxiliar no planejamento.

A partir desses estudos percebe-se uma falta de conhecimento dos CD sobre o planejamento em saúde, o que poderia estar acarretando a sua não aplicação na prática do dia a dia dos serviços, favorecendo a continuidade de ações isoladas e pouco resolutivas. São poucos os estudos disponíveis de planejamento na área de saúde bucal, bem como os voltados para os CEO. Considerando que esses serviços são a principal estratégia para fortalecer a rede de atenção integral, o planejamento pode ser encarado como uma ferramenta importante para melhorar a qualidade dos serviços ofertados.

3 PROPOSIÇÃO

3.1 Objetivo geral

Analisar o processo de construção de um planejamento local em um Centro de Especialidades Odontológicas.

3.2 Objetivos específicos

- 3.2.1 Avaliar o cumprimento de metas e a qualidade dos CEO de Recife;
- 3.2.2 Descrever a construção e execução do plano local de intervenção em um CEO do Recife.

4 MÉTODOS

4.1 Aspectos gerais

4.1.1 Tipo de estudo

Realizou-se uma pesquisa-ação que teve um caráter descritivo e exploratório, de abordagens quantitativa e qualitativa.

Segundo Thiollent (1997), uma pesquisa-ação consiste essencialmente em acoplar pesquisa e ação em um processo no qual atores implicados participam, junto com os pesquisadores, para chegarem interativamente a elucidar a realidade em que estão inseridos, identificando problemas coletivos, buscando e experimentando soluções em situação real. Simultaneamente, há produção e uso de conhecimento. A dimensão ativa do método manifesta-se no planejamento de ações e na avaliação de seus resultados. É uma pesquisa de tipo metodológico sobre rumos, abordagens e procedimentos da pesquisa prática.

A pesquisa-ação requer o compromisso do pesquisador com a população pesquisada a fim de buscar coletivamente alternativas para resolução dos problemas que afligem essas pessoas ou, mais precisamente, com a comunidade pesquisada (OLIVEIRA, 2007). É uma pesquisa de métodos múltiplos, sendo utilizados os métodos de tantas disciplinas quantas forem necessárias para lidar com o problema que se apresenta. A pesquisa-ação é considerada uma forma de ampliar, além dos limites das universidades, as relações entre pesquisadores sociais acadêmicos e suas clientelas (GREENWOOD, LEVIN, 2006). Neste tipo de pesquisa os colaboradores comunitários ou organizacionais trabalham em conjunto com os pesquisadores profissionais na definição de objetivos, na elaboração de questões de pesquisa, no aprendizado das habilidades de pesquisa, na combinação entre o conhecimento e os esforços, na condução da pesquisa, na interpretação dos resultados e na aplicação do que é aprendido para a produção de uma mudança social positiva.

4.1.2 Local do estudo

A cidade do Recife possui oito CEO distribuídos em sete Distritos Sanitários (DS). O CEO estudado é um estabelecimento de referência para o município.

4.1.3 População e amostra do estudo

Este estudo foi composto por atores selecionados por meio de uma amostra intencional em que, de acordo com Kitzinger (2009), os participantes são selecionados para refletir a

variedade da população total em estudo. Dessa forma, participaram 16 indivíduos representantes dos segmentos: gestão municipal (1), distrital de saúde bucal (1) e gestão do CEO (1); cirurgião-dentista do CEO (5); profissional de nível técnico do CEO (4); profissional da ESF (3); conselho distrital de saúde – usuário (1). Durante o processo de sistematização dos dados, os indivíduos foram identificados através do cargo ocupado e letras do alfabeto.

4.2 Aspectos operacionais

Didaticamente, para operacionalização do método, este estudo foi realizado em duas etapas.

Ao longo do processo de execução da pesquisa, os atores envolvidos foram qualificados em Planejamento e Gestão em saúde. Esta qualificação esteve relacionada aos momentos de desenvolvimento das atividades nas oficinas.

4.2.1 Etapa I - Avaliação do cumprimento de metas e qualidade dos CEO de Recife.

Nesta etapa, foram avaliados os dados de produção ambulatorial dos CEO de Recife nos sistemas de informações disponíveis para os anos de 2008 a 2017 e a avaliação de qualidade por meio do uso da ferramenta eletrônica Portal CEO. Esta avaliação subsidiou a definição do CEO participante da intervenção.

Para avaliar os dados de produção ambulatorial, foram identificados todos os CEO registrados em Recife no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e foram obtidos os arquivos de dados dissemináveis para tabulação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS do estado de Pernambuco dos anos de estudo. De posse dos CNES dos Centros de Especialidades Odontológicas, os dados obtidos foram tabulados pelo programa TAB para Windows – TABWIN (Ministério da Saúde, Brasil) e exportados para o programa Microsoft Office Excel 2016 (Microsoft Corp., Estados Unidos), no qual foi realizado o agrupamento dos procedimentos de acordo com os subgrupos: procedimentos Básicos, procedimentos de Periodontia, procedimentos de Endodontia e procedimentos de Cirurgia Oral, além dos dados sobre tipo de CEO e tempo de implantação de cada um dos serviços.

Respalando esta etapa do estudo, foram utilizadas as seguintes portarias: Portaria nº 599/GM/MS, de 23 de março de 2006, que definiu a implantação e estabeleceu critérios de credenciamento/habilitação dos serviços especializados Centros de Especialidades Odontológicas - CEO Tipo 1, CEO Tipo 2, CEO Tipo 3 (BRASIL, 2006); a Portaria nº

600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (BRASIL, 2006); e sobretudo, como referência para construção do indicador Cumprimento Global de Metas, a Portaria nº 1.464 de 24 de Junho de 2011 (BRASIL, 2011), que alterou o anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que instituiu o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

A avaliação normativa foi pautada segundo a Portaria nº 1.464 de 24 de Junho de 2011 (BRASIL, 2011), que instituiu como meta uma produção mínima mensal a ser realizada nos CEO, conforme o que se segue: para CEO tipo I: 80 procedimentos Básicos, 60 procedimentos de Periodontia, 35 procedimentos de Endodontia e 80 procedimentos de Cirurgia Oral; para CEO tipo II: 110 procedimentos Básicos, 90 procedimentos de Periodontia, 60 procedimentos de Endodontia e 90 procedimentos de Cirurgia Oral; para CEO tipo III: 190 procedimentos Básicos, 150 procedimentos de Periodontia, 95 procedimentos de Endodontia e 170 procedimentos de Cirurgia Oral.

A portaria ainda complementa que para cumprimento da produção mínima mensal, é obrigatório que 50% dos procedimentos Básicos sejam procedimentos restauradores: restauração de dente decíduo (0307010023) e/ou restauração de dente permanente anterior (0307010031) e/ou restauração de dente permanente posterior (0307010040); e que 20% dos procedimentos de Endodontia sejam os seguintes: obturação de dente permanente com 3 ou mais raízes (0307020053) e/ou retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes (0307020096).

Foi utilizado o indicador proposto por Figueiredo, Goes (2009) denominado Cumprimento Global de Metas, que é o resultado da operacionalização do quociente resultante da média mensal de procedimentos realizados de cada subgrupo de especialidades odontológicas pelo número de procedimentos correspondente à meta deste subgrupo multiplicado por 100. Considera-se meta atingida aqueles serviços que cumprirem percentual igual ou superior a 100% da meta normatizada para cada subgrupo de procedimentos odontológicos especializados. A partir daí a classificação do desempenho dos serviços divide-se em: desempenho péssimo (CEO que não cumpriu nenhuma meta); desempenho ruim (CEO que cumpriu apenas 1 meta); desempenho regular (CEO que cumpriu 2 metas); desempenho bom (CEO que cumpriu 3 metas); e, desempenho ótimo (CEO que cumpriu a totalidade das metas).

Para avaliar a qualidade dos CEO, foi utilizada a ferramenta eletrônica Portal CEO. O uso do portal CEO foi analisado na pesquisa denominada “Avaliação de efetividade de uma ferramenta webased para planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de

Especialidades Odontológicas (CEO)”, que foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Edital 10/2012 – Pesquisa em Saúde Bucal através do processo 403419/2012-3 e pela Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco Edital 13/2012 - Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS – REDE MS/CNPq/FACEPE/SES – APQ-0026-4.00/13.

Essa ferramenta é um programa computacional (software), que permite a inclusão, análise e visualização de dados, servindo de instrumento de (auto) avaliação, contribuindo com a modernização da gestão/gerência dos CEO. É acessada pelo endereço eletrônico: <https://gestbucal.sabertecnologias.com/gestbucal/protegido/entrada.do?metodo=inicia>. No sítio do Portal CEO, permite-se acesso a usuários (previamente cadastrados) denominados: Gestor estadual, Gestor municipal, Gerente CEO, Profissional CEO; e, Gestbucal. Cada usuário tem ações definidas para operacionalização da ferramenta.

O Portal fornece além relatórios classificatórios, recomendações com propósito de auxiliar em mudanças à melhoria da qualidade dos serviços. As classificações são geradas em notas (geral e componentes de qualidade) que valem de 0,0-10,0. São seis Componentes de Qualidade (CQ) avaliados: Gestão e gerência do serviço (G.S.); Estrutura do CEO (EST.); Gestão de Pessoas (G.P.); Critérios Organizacionais (C.O.); Controle social e Financiamento (C.S.F.) e Avaliação e Monitoramento (A.M.). O quadro 1 abaixo apresenta as principais abordagens por CQ. Foi considerado como parâmetro: acima de 7,0 satisfatório, abaixo 7,0 insatisfatório para as análises decorrentes deste trabalho.

Quadro 1: Principais abordagens dos componentes de qualidade do PortalCEO.

CQ	Principais abordagens
Gestão e gerência do serviço	• Presença de coordenador municipal de saúde bucal; • Formação e treinamentos realizados pelo coordenador municipal de saúde bucal; • Presença de gerente de CEO; • Formação e treinamentos realizados pelo gerente de CEO; • Comprometimento do secretário de saúde em relação ao CEO.
Estrutura do CEO	• Nº de profissionais por especialidade e turno de atendimento; • Nº de conjuntos odontológicos completos e seu funcionamento; • Manutenção preventiva ou reparadora dos equipamentos odontológicos; • Presença de Auxiliar de Saúde Bucal para cada conjunto odontológico; • Suprimento e abastecimento dos itens fornecidos pela secretaria de saúde ao CEO.
Gestão de pessoas	• Recebimento de incentivo ou gratificação para atendimento no CEO; • Vínculo empregatício dos profissionais; • Plano de cargos, carreiras e salários institucionalizados contemplando os profissionais do CEO; • Monitoramento do cumprimento da carga horária profissional; • Satisfação dos profissionais do CEO com o trabalho.
Critérios organizacionais	• Acesso ao CEO; • Marcações de consulta e agendamento no CEO; • Exames complementares para as necessidades do CEO; • Referência e contrarreferência para serviços de maior complexidade ou de apoio diagnóstico; • Lista de espera ao CEO por especialidades; • Nº de usuários que ingressaram no serviço; • Nº de usuários com tratamento concluído; • Nº de usuários que faltaram ao agendamento.
Controle social e financiamento	• Sugestões e reclamações para melhoramento da organização do CEO; • Estabelecimento ou utilização de mecanismos para o monitoramento do grau de satisfação dos usuários do CEO; • Recebimento de recursos financeiros referentes à portaria MS/GM 1464/11; • Recebimento de recursos financeiros da contrapartida do estado; • Acompanhamento/controle orçamentário pela coordenação de SB sobre os recursos financeiros recebidos do MS para o CEO.
Avaliação e monitoramento	• Avaliação do grau de comprometimento dos profissionais que trabalham no CEO no que diz respeito a: assiduidade, pontualidade; cumprimento de metas; organização dos serviços; relacionamento profissional-usuário; relacionamento profissional-gerência/outras profissionais; • Avaliação da produção do CEO segundo as metas de desempenho propostas pela portaria Nº 1464/11 GM; • Reunião e discussão dos resultados encontrados e planejamento de metas do CEO com profissionais do serviço; • Utilização de informações como instrumento de gestão, avaliação e planejamento.

Fonte: questionário do Portal CEO – gerente.

Foi analisada a tendência das notas e classificações segundo serviço nos meses de fevereiro a maio de 2018, das avaliações respondidas pelos gerentes dos CEO. Salienta-se que foi realizada uma oficina de trabalho para uso do Portal CEO com os atores envolvidos, apresentando a ferramenta e explicando seu funcionamento, cadastramento e inclusão de dados para avaliação do CEO.

A partir da análise e discussão dos dados obtidos nesta etapa (APÊNDICE D) com a gestão municipal e distrital de saúde bucal e os gestores dos CEO, foi definido o estabelecimento de saúde que seria o objeto da pesquisa ação.

4.2.2 Etapa II – Construção e execução do plano local de intervenção no CEO.

Após a realização da 1ª etapa, foi definido que o CEO para intervenção seria um estabelecimento de referência municipal, do tipo III, caracterizado por possuir mais de 7 cadeiras odontológicas. Funciona desde 2004 no município, inicialmente habilitado como do tipo II e a partir de 2012 passou a ser do tipo III.

No primeiro encontro, realizado no auditório do CEO, além de apresentado o projeto de pesquisa-ação, foi definida a equipe de trabalho, representativa do estabelecimento de saúde, que foi composta pelos segmentos: gestão municipal, distrital de Saúde Bucal e gestão do CEO; cirurgião-dentista do CEO; profissional de nível técnico do CEO; profissional da ESF; Conselho Distrital de Saúde - usuário. Momento no qual foi feito o consentimento em participar mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e estabelecidas as pactuações sobre o andamento da pesquisa (dias e horários para realização das oficinas de planejamento).

Com a finalidade de verificar a compreensão da equipe de trabalho acerca do tema de planejamento em saúde, bem como sua utilização e possíveis contribuições ao serviço, as discussões foram realizadas partindo das respostas dos participantes por meio de um questionário estruturado (APÊNDICE B) baseado no instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-CEO, mais especificamente no módulo II de entrevista com gerente e cirurgião dentista do CEO, subdimensão 6 (Planejamento e Ações da gestão para organização do processo de trabalho) e subdimensão 19 (planejamento e reunião da equipe do CEO). Foi utilizado também um roteiro semiestruturado (APÊNDICE C), que norteou três momentos de entrevista em grupo por meio de grupos focais: antes da construção do plano de intervenção no segundo encontro, após a construção do plano no momento tático-operacional e, por fim, no encontro que teve por objetivo monitorar as metas propostas pelo plano.

Grupo focal é um tipo de entrevista em grupo que tem o propósito de valorizar a comunicação e interação entre os participantes da pesquisa, além de ser apropriada para examinar como o conhecimento e como as ideias se desenvolvem, operam e são expressas em um determinado contexto (KITZINGER, 2009). É uma forma de amplificar a situação de entrevista, tendo como principais vantagens o seu baixo custo, a riqueza de dados, além de estimular os respondentes, auxiliando a lembrar de acontecimentos e permitir ir além dos

limites das respostas de um único entrevistado. As discussões em grupo correspondem à maneira pela qual as opiniões são produzidas, manifestadas e trocadas na vida cotidiana (FLICK, 2009).

No segundo encontro, realizado na sala de reuniões do CEO e com a participação de toda a equipe de trabalho, exceto da gestão distrital de saúde bucal, após as discussões iniciais a partir das percepções e expectativas da equipe de trabalho acerca do tema e da pesquisa, foi realizado um momento teórico resgatando aspectos históricos das principais vertentes do planejamento em saúde. Conforme sugerido por Bezerra (2012), toda a programação foi construída intercalando esses momentos teóricos sobre a metodologia adotada e os temas sobre o processo a ser trabalhado, por conferir um sentimento de aquisição de conhecimento, de construção coletiva, de reflexão sobre a prática, além de ser um momento de sensibilização e adesão à questão a ser problematizada.

O referencial teórico metodológico para execução do planejamento foi o PES, que embora tenha sido desenhado para ser utilizado no nível central, global, seu formato flexível possibilita a aplicação nos níveis regionais/locais ou mesmo setoriais, sem, contudo, deixar de situar os problemas num contexto global mais amplo, o que permite manter a qualidade da explicação situacional e a riqueza da análise de viabilidade e de possibilidades de intervenção na realidade. Prevê quatro momentos para o processamento técnico-político dos problemas: os momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. Cada um desses momentos possui suas ferramentas metodológicas específicas, que podem ser retomadas nos demais (ARTMANN, 2000).

No momento explicativo, foi apresentado um relatório local de cumprimento de metas e de avaliação de qualidade do serviço - Portal CEO (resultantes da primeira etapa do estudo) conforme Apêndice E. Apesar da disponibilização desses dados ao intuito de problematizar o planejamento, o direcionamento do plano teve caráter situacional, premissa do PES.

Ao término da construção do momento tático-operacional, foi discutido com a equipe, a partir do roteiro semiestruturado, a opinião do grupo acerca da atividade realizada, suas possíveis influências na rotina de trabalho, além de facilidades e dificuldades encontradas nesse processo de construção do plano. E, três meses após esse encontro, conforme pactuado com a equipe de trabalho, foi realizado um último para verificar sua execução. Neste momento, examinou-se a operacionalização e o cumprimento das metas estabelecidas, dessa forma, as ações foram classificadas como cumpridas, quando realizadas dentro do prazo estabelecido e não cumpridas quando não realizadas. Nesse encontro também foram

discutidas as facilidades e dificuldades encontradas nessa operacionalização, e a influência desse planejamento na rotina de trabalho do grupo.

Dessa forma, todos os momentos previstos pelo PES foram realizados, sendo adotadas as simplificações e adaptações ao método, bem como os instrumentos utilizados (ANEXOS A, B, C, D), conforme sugerido por Bezerra (2012). Foram realizados 10 encontros incluindo desde a apresentação da proposta do projeto até a construção e monitoramento do plano, no período de maio a novembro de 2018.

Esses encontros foram registrados por meio de anotações escritas e gravações em áudio para posterior transcrição.

4.3 Aspectos analíticos

Na etapa I, de avaliação do cumprimento de metas e qualidade dos CEO de Recife, os dados de produção ambulatorial e de qualidade da ferramenta Portal CEO foram analisados de forma descritiva com apresentação dos dados absolutos e frequência simples contidos em tabelas e gráficos.

Na etapa II, da construção e execução do plano local no CEO escolhido, após a conclusão das oficinas e dos momentos de discussão em grupo, foi efetuada a transcrição das gravações, e, juntamente com os registros escritos, foram realizadas análises descritiva e de conteúdo.

A análise descritiva foi realizada para relatar o processo de construção do plano por meio do material produzido durante os momentos do PES e sua articulação com a teoria.

A análise de conteúdo foi realizada a partir das transcrições dos três momentos em que foram realizadas as entrevistas em grupo por meio dos grupos focais utilizando o método desenvolvido por Bardin (2011), que a considera

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

A organização dessa análise foi realizada em três etapas (BARDIN, 2011):

- I. Pré-análise: fase de organização propriamente dita, com o objetivo de tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais para conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise.
- II. Exploração do material: considerada a fase mais longa, consiste nas operações de codificação, desconto ou enumeração dos dados.

III. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nesta etapa os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos.

A partir da análise dos grupos focais realizados antes e após a construção do plano, foi possível compreender a percepção dos participantes sobre vários aspectos acerca do planejamento em saúde e sua realização no CEO, bem como o estabelecimento de articulações com os referenciais teóricos. Entre os produtos desta análise, serão explorados nos resultados deste trabalho aqueles relacionados à prática proposta pela intervenção, a partir de duas categorias: compreendendo a realidade do planejamento em saúde no CEO e a reflexão sobre o processo de construção do plano local no CEO. O aprofundamento em outros aspectos será explorado em futuras publicações.

Durante o processo de sistematização dos dados foi utilizado o software de gestão da informação NVivo 12.0.

4.4 Aspectos éticos

A participação nesta pesquisa não trouxe complicações legais e nenhum dos procedimentos utilizados ofereceu riscos à dignidade do participante. Porém, considerando que foi aplicado um questionário estruturado e que em todos os encontros houve registro das oficinas (escrito e gravações), houve possibilidade do risco de constrangimento em relação a alguma pergunta ou em algum momento da construção do plano local. A pesquisadora esteve atenta a quaisquer reações emocionais e ficando à escuta de suas necessidades, dúvidas e/ou questionamentos, caso existissem.

O sigilo sobre a identificação pessoal dos participantes foi garantido e os benefícios gerados estiveram relacionados às contribuições ao processo de tomada de decisão no território de atuação potencializando a melhoria do desempenho e qualidade dos serviços, bem como a qualificação dos atores, resultado do processo de desenvolvimento das atividades nas oficinas.

Foi obtida Carta de Anuência junto à Secretaria Municipal de Saúde de Recife, a fim de indicar que esta tomou ciência sobre os propósitos e conteúdo da pesquisa e que autorizou a sua realização (ANEXO E). Em seguida, o presente trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) para avaliação e obtido o parecer de aprovação (ANEXO F). Após o parecer do CEP, foi obtida a Autorização para Coleta de Dados (ANEXO G). Seguidas estas etapas, a coleta de dados só foi iniciada após exame de qualificação e o cronograma foi devidamente cumprido.

Foi solicitado aos participantes da pesquisa o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) conforme resolução 466/2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Os dados coletados nesta pesquisa, estão armazenados em local seguro de posse da pesquisadora responsável e assim ficarão pelo período mínimo de cinco anos, sendo garantidas as condições para sua conservação e sigilo no que se refere aos dados obtidos através da pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão deste estudo estão demonstrados em formato de artigo científico em respeito ao Modelo Misto de dissertação estabelecido na reunião do Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC, de 14 de fevereiro de 2014.

Ressalta-se que ambos estão conforme as normas preconizadas pelas revistas selecionadas, disponíveis nos anexos. O primeiro artigo trata da avaliação do desempenho e qualidade dos CEO de Recife e tem como título: **“Avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas de uma Capital no Nordeste brasileiro como subsídio para o planejamento local”**. As instruções estão disponíveis no Anexo H. O segundo artigo, cujo título é **“Análise do processo de construção de um planejamento local em um Centro de Especialidades Odontológicas”**, tem como normas o documento disponível no Anexo I.

Outros produtos desta investigação estão em fase de elaboração e pretendem complementar e contextualizar alguns dos resultados encontrados neste recorte da pesquisa.

5.1 Artigo 1 - Avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas de uma Capital no Nordeste brasileiro como subsídio para o planejamento local.

Evaluation of the Dental Specialties Centers of a capital in the brazilian northeast as a subsidy for local planning.

RESUMO

Objetivou-se avaliar o cumprimento de metas e a qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas do Recife para contribuir com a construção de um plano local de intervenção. Para isso realizou-se um estudo transversal, quantitativo, descritivo, de caráter avaliativo normativo da atenção de média complexidade em saúde bucal da cidade do Recife, no período de 2008 a 2017. Os resultados mostraram que, apesar de uma ampliação em número de estabelecimentos, eles têm cumprido mais frequentemente as metas para procedimentos básicos. A avaliação de qualidade demonstrou que componentes relacionados ao processo de trabalho, como os relacionados à organização dos CEO, na interface com a atenção primária e a participação social foram insatisfatórios. Pode-se considerar que a análise de dados disponíveis é uma importante ferramenta no cotidiano de gestores, profissionais, usuários e pesquisadores interessados em conhecer melhor a realidade local. Esse conhecimento pode auxiliar no planejamento de atividades, além de contribuir para uma tomada de decisão apropriada ao contexto analisado.

Palavras-chave: Atenção secundária à saúde. Avaliação em saúde. Planejamento em saúde. Saúde bucal.

ABSTRACT

The objective was to evaluate the achievement of goals and the quality of the Dentistry Specialties Centers of Recife to contribute to the construction of a local intervention plan. A cross-sectional, quantitative, descriptive, normative evaluative study of the medium complexity care in oral health of the city of Recife was carried out between 2008 and 2017. The results showed that, despite an increase in the number of establishments, they have more often met the targets for basic procedures. The quality assessment showed that components related to the work process, such as those related to the organization of CDS', in the interface

with primary care and social participation were unsatisfactory. It can be considered that the analysis of available data is an important tool in the daily life of managers, professionals, users and researchers interested in getting to know the local reality better. This knowledge can help in the planning of activities, besides contributing to a decision making appropriate to the analyzed context.

Keywords: Secondary care. Health evaluation. Health planning. Oral health.

INTRODUÇÃO

Até ser lançada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), Brasil Sorridente, a assistência odontológica em serviços públicos no Brasil era restrita quase que exclusivamente aos serviços básicos e os serviços especializados correspondiam a aproximadamente 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. Diante desse quadro, as diretrizes dessa política contribuíram para a ampliação e qualificação da atenção básica assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário tendo em vista a integralidade da atenção¹.

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são os estabelecimentos de saúde considerados de média complexidade em saúde bucal que devem realizar, no mínimo, as atividades de diagnóstico bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a portadores de necessidades especiais². Podem ser classificados em três tipos (I, II e III) e devem funcionar 40 horas semanais com número variável de profissionais em função do tipo, como também a meta mensal de produção em função do subgrupo de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS)³.

Sendo uma realidade um tanto quanto recente e em fase de construção, a atenção odontológica pública de média complexidade tem especificidades locais que ao serem avaliadas em conjunto, refletem as conquistas obtidas por esse nível de atendimento desde sua implantação. Algumas adequações nos critérios e normas de implantação e monitoramento desses serviços devem ser consideradas, e além disso, os sistemas de avaliação, quando existem, ainda são incipientes⁴.

Nesse sentido, estudos avaliativos têm se dedicado a discutir diversos aspectos na atenção odontológica de média complexidade. Machado, Silva e Ferreira⁵ apontam que é necessária a continuidade dessas pesquisas, uma vez que a avaliação é um processo contínuo que precisa responder às necessidades do cotidiano da gerência, dos profissionais de saúde e

da população, e essas necessidades são dinâmicas, estão em constante processo de mudança. Assim, é preciso revigorar processos avaliativos continuamente.

As iniciativas de avaliação dos serviços subsidiam o planejamento e a tomada de decisão. O planejamento faz parte das ações cotidianas e por meio dele, busca-se compatibilizar um conjunto diversificado de ações e recursos para o alcance de objetivos, além da melhor forma de utilização de recursos escassos, significando o contrário de improvisação⁶.

No serviço público, a utilização do planejamento estratégico como ferramenta de gestão possibilita melhoria na organização, cobertura e qualidade dos serviços de atenção à saúde bucal⁷. E a ausência de um planejamento a longo prazo por parte dos gestores públicos aliada a outros fatores conduz a ações isoladas e de pouca efetividade, sendo ainda um desafio ao alcance dos preceitos do SUS e das Diretrizes da PNSB⁸.

A avaliação e o monitoramento das ações e serviços ofertados nos CEO são importantes instrumentos de gestão e planejamento para os municípios e seus indicadores de produção são considerados para os repasses de financiamento desses estabelecimentos, bem como para o repasse de recursos vinculados ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) dos CEO⁹. Esse programa foi instituído em 2013 com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nos CEO, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção especializada em saúde bucal¹⁰. Atualmente encontra-se em execução o seu segundo ciclo.

A realização de atividades de planejamento nos CEO é um dos padrões de qualidade investigados na avaliação externa do PMAQ/CEO, com base nela, Lucena¹¹ observou que sua realização esteve relacionada aos municípios que apresentaram menor cobertura de Equipes de Saúde Bucal/Estratégia Saúde da Família (ESB/ESF), à presença de gerente com formação complementar em saúde pública e que realizam auto avaliação, além do maior cumprimento de metas das especialidades.

Considerando esse contexto e um dos pressupostos da atual Política Nacional de Saúde Bucal que recomenda a utilização de informações sobre o território para subsidiar o planejamento, este estudo teve como objetivo estabelecer um diagnóstico através da avaliação do cumprimento de metas e a qualidade dos CEO do Recife.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, descritivo, de caráter avaliativo normativo da atenção de média complexidade em saúde bucal da cidade do Recife.

Este estudo fez parte da primeira etapa de um estudo denominado “Análise do impacto do Planejamento Local nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município de Recife, PE”, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), inscrito sob o número de parecer 2.419.116 e CAAE nº79235517.5.0000.5208. Nesta etapa foram avaliados os dados de produção ambulatorial do CEO nos sistemas de informação disponíveis para o período de 2008 a 2017 e a avaliação de qualidade por meio do uso da ferramenta eletrônica Portal CEO para o ano de 2018.

Para avaliar os dados de produção ambulatorial, foram identificados todos os CEO habilitados e registrados em Recife no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e foram obtidos os arquivos de dados dissemináveis para tabulação do SIA/SUS do estado de Pernambuco dos anos de estudo. Os dados obtidos foram tabulados pelo programa TAB para Windows – TABWIN (Ministério da Saúde, Brasil) e exportados para o programa Microsoft Office Excel 2016 (Microsoft Corp., Estados Unidos), no qual foi realizado o agrupamento dos procedimentos.

A avaliação normativa foi pautada segundo a Portaria nº 1.464/2011¹², que instituiu como meta uma produção mínima mensal a ser realizada nos CEO, conforme o que se segue: para CEO tipo I: 80 procedimentos Básicos, 60 procedimentos de Periodontia, 35 procedimentos de Endodontia e 80 procedimentos de Cirurgia Oral; para CEO tipo II: 110 procedimentos Básicos, 90 procedimentos de Periodontia, 60 procedimentos de Endodontia e 90 procedimentos de Cirurgia Oral; para CEO tipo III: 190 procedimentos Básicos, 150 procedimentos de Periodontia, 95 procedimentos de Endodontia e 170 procedimentos de Cirurgia Oral. A portaria ainda complementa que para cumprimento da produção mínima mensal, é obrigatório que 50% dos procedimentos Básicos sejam procedimentos restauradores, e que 20% dos procedimentos de Endodontia sejam em dentes permanentes com 3 ou mais raízes.

Foi utilizado o indicador proposto por Figueiredo, Goes¹³ denominado Cumprimento Global de Metas (CGM), que é o resultado da operacionalização do quociente resultante da média mensal de procedimentos realizados de cada subgrupo de especialidades odontológicas pelo número de procedimentos correspondente à meta deste subgrupo multiplicado por 100. Considera-se meta atingida aqueles CEO que cumprirem percentual igual ou superior a 100% da meta para cada subgrupo de procedimentos odontológicos especializados. A partir de

então, classifica-se o desempenho dos serviços da seguinte forma: péssimo (não cumpriu nenhuma meta); ruim (cumpru 1 meta); regular (2 metas); bom (3 metas); e, ótimo (4 metas).

Para avaliar a qualidade dos CEO, foi utilizada a ferramenta eletrônica Portal CEO, que é um programa computacional (software), que permite a inclusão, análise e visualização de dados, servindo de instrumento de (auto) avaliação e que pode contribuir com a modernização da gestão/gerência dos CEO. É acessada por meio do endereço eletrônico: <https://gestbucal.sabertecnologias.com/gestbucal/protegido/entrada.do?metodo=inicia>. No Portal CEO, permite-se acesso a usuários previamente cadastrados e cada um possui ações definidas para operacionalização da ferramenta.

Foi analisada a tendência das notas e classificações segundo serviço nos meses de fevereiro a maio de 2018 das avaliações respondidas pelos gerentes dos CEO. Essas classificações são geradas de notas (geral e componentes de qualidade) que valem de 0,0-10,0. São seis Componentes de Qualidade (CQ) avaliados: Gestão e gerência do serviço (G.S.); Estrutura do CEO (EST.); Gestão de Pessoas (G.P.); Critérios Organizacionais (C.O.); Controle social e Financiamento (C.S.F.) e Avaliação e Monitoramento (A.M.). O quadro 1 abaixo apresenta as principais abordagens por CQ. Foi considerado como parâmetro: acima de 7,0 satisfatório, abaixo 7,0 insatisfatório para as análises decorrentes deste trabalho.

Quadro 1: Principais abordagens dos componentes de qualidade do PortalCEO.

CQ	Principais abordagens
Gestão e gerência do serviço	• Presença de coordenador municipal de saúde bucal; • Formação e treinamentos realizados pelo coordenador municipal de saúde bucal; • Presença de gerente de CEO; • Formação e treinamentos realizados pelo gerente de CEO; • Comprometimento do secretário de saúde em relação ao CEO.
Estrutura do CEO	• Nº de profissionais por especialidade e turno de atendimento; • Nº de conjuntos odontológicos completos e seu funcionamento; • Manutenção preventiva ou reparadora dos equipamentos odontológicos; • Presença de Auxiliar de Saúde Bucal para cada conjunto odontológico; • Suprimento e abastecimento dos itens fornecidos pela secretaria de saúde ao CEO.
Gestão de pessoas	• Recebimento de incentivo ou gratificação para atendimento no CEO; • Vínculo empregatício dos profissionais; • Plano de cargos, carreiras e salários institucionalizados contemplando os profissionais do CEO; • Monitoramento do cumprimento da carga horária profissional; • Satisfação dos profissionais do CEO com o trabalho.
Critérios organizacionais	• Acesso ao CEO; • Marcações de consulta e agendamento no CEO; • Exames complementares para as necessidades do CEO; • Referência e contrarreferência para serviços de maior complexidade ou de apoio diagnóstico; • Lista de espera ao CEO por especialidades; • Nº de usuários que ingressaram no serviço; • Nº de usuários com tratamento concluído; • Nº de usuários que faltaram ao agendamento.

Controle social e financiamento	• Sugestões e reclamações para melhoramento da organização do CEO; • Estabelecimento ou utilização de mecanismos para o monitoramento do grau de satisfação dos usuários do CEO; • Recebimento de recursos financeiros referentes à portaria MS/GM 1464/11; • Recebimento de recursos financeiros da contrapartida do estado; • Acompanhamento/controle orçamentário pela coordenação de SB sobre os recursos financeiros recebidos do MS para o CEO.
Avaliação e monitoramento	• Avaliação do grau de comprometimento dos profissionais que trabalham no CEO no que diz respeito a: assiduidade, pontualidade; cumprimento de metas; organização dos serviços; relacionamento profissional-usuário; relacionamento profissional-gerência/outras profissionais; • Avaliação da produção do CEO segundo as metas de desempenho propostas pela portaria Nº 1464/11 GM; • Reunião e discussão dos resultados encontrados e planejamento de metas do CEO com profissionais do serviço; • Utilização de informações como instrumento de gestão, avaliação e planejamento.

Fonte: questionário do Portal CEO – gerente.

A análise dos dados foi descritiva com apresentação dos dados absolutos e frequência simples contidos em tabelas e gráficos.

RESULTADOS

Foram identificados oito CEO habilitados no período de 2008 a 2017, distribuídos em sete Distritos Sanitários (DS). São seis CEO do tipo II (75%) e dois CEO tipo III (25%). Houve um crescimento no número de CEO municipais no período, eram quatro em 2008, cinco a partir de 2013 e oito no ano de 2017. Medido o CGM verificou-se que os CEO de Recife obtiveram desempenho entre péssimo e bom, conforme tabela 1.

Tabela 1: Cumprimento de metas dos Centros de Especialidades Odontológicas no período de 2008 a 2017, Recife-PE.

Anos	Péssimo		Ruim		Regular		Bom		Ótimo		n° CEO	%
	n	%	n	%	N	%	n	%	N	%		
2008	-	-	-	-	3	75,0	1	25,0	-	-	4	100,0
2009	-	-	-	-	3	75,0	1	25,0	-	-	4	100,0
2010	-	-	1	25,0	2	50,0	1	25,0	-	-	4	100,0
2011	-	-	1	25,0	3	75,0	-	-	-	-	4	100,0
2012	-	-	3	75,0	1	25,0	-	-	-	-	4	100,0
2013	-	-	3	60,0	2	40,0	-	-	-	-	5	100,0
2014	2	40,0	3	60,0	-	-	-	-	-	-	5	100,0
2015	3	60,0	2	40,0	-	-	-	-	-	-	5	100,0
2016	1	20,0	1	20,0	3	60,0	-	-	-	-	5	100,0
2017	1	13,0	4	50,0	2	25,0	1	13,0	-	-	8	100,0

Fonte: elaboração própria a partir de dados de Produção Ambulatorial do SIA/SUS e CNES, 2017

A tabela 2 mostra o cumprimento de metas para cada subgrupo de procedimentos. Nenhum dos CEO analisados no período cumpriu a meta estabelecida para endodontia, em periodontia, nos anos 2014 e 2015 nenhum dos CEO cumpriram a meta estabelecida. Nos procedimentos de atenção básica, foi possível verificar um maior cumprimento pelos serviços, e, por fim, na cirurgia oral menor, dos anos 2011 a 2016 nenhum CEO atingiu a meta e em 2017 apenas um serviço.

Tabela 2: Cumprimento de Metas segundo subgrupo de especialidade no período de 2008 a 2017, Recife-PE.

Período	Cumprimento da Atenção básica				Cumprimento da Periodontia				Cumprimento em endodontia				Cumprimento em Cirurgia				Total	
	Cumpriu		Não Cumpriu		Cumpriu		Não Cumpriu		Cumpriu		Não Cumpriu		Cumpriu		Não Cumpriu		n	%
	n	%	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
2008	4	100,0	-	-	3	75,0	1	25,0	-	-	4	100,0	2	50,0	2	50,0	4	100,0
2009	4	100,0	-	-	3	75,0	1	25,0	-	-	4	100,0	2	50,0	2	50,0	4	100,0
2010	4	100,0	-	-	2	50,0	2	50,0	-	-	4	100,0	2	50,0	2	50,0	4	100,0
2011	4	100,0	-	-	3	75,0	1	25,0	-	-	4	100,0	-	-	4	100,0	4	100,0
2012	4	100,0	-	-	1	25,0	3	75,0	-	-	4	100,0	-	-	4	100,0	4	100,0
2013	5	100,0	-	-	2	40,0	3	60,0	-	-	5	100,0	-	-	5	100,0	5	100,0
2014	3	60,0	2	40,0	-	-	5	100,0	-	-	5	100,0	-	-	5	100,0	5	100,0
2015	2	40,0	3	60,0	-	-	5	100,0	-	-	5	100,0	-	-	5	100,0	5	100,0
2016	4	80,0	1	20,0	3	60,0	2	40,0	-	-	5	100,0	-	-	5	100,0	5	100,0
2017	7	87,5	1	12,5	3	37,5	5	62,5	-	-	8	100,0	1	12,5	7	87,5	8	100,0

Fonte: elaboração própria a partir de dados de Produção Ambulatorial do SIA/SUS

A Tabela 3 mostra o cumprimento de metas estabelecido pela portaria no que diz respeito aos procedimentos restauradores da atenção básica e os procedimentos de Endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes. No período analisado, a maior parte dos estabelecimentos não cumpriu a meta de procedimentos de endodontia em dentes com três ou mais raízes e, para os procedimentos restauradores, foi identificada ausência de cumprimento em 2014 e 2015.

Tabela 3: Cumprimento de Metas segundo Procedimentos Restauradores de Atenção básica e Procedimentos Endodônticos em dentes com três ou mais raízes no período de 2008 a 2017, Recife-PE.

Período	Cumprimento da Atenção Básica – Procedimentos Restauradores				Cumprimento em Endodontia – Procedimentos em Dentes com três ou mais raízes				Total	
	Cumpriu		Não Cumpriu		Cumpriu		Não Cumpriu		N	%
	N	%	n	%	n	%	n	%		
2008	4	100,0	-	-	1	25,0	3	75,0	4	100,0
2009	4	100,0	-	-	1	25,0	3	75,0	4	100,0
2010	2	50,0	2	50,0	-	-	4	100,0	4	100,0
2011	3	75,0	1	25,0	1	25,0	3	75,0	4	100,0
2012	4	100,0	-	-	1	25,0	3	75,0	4	100,0
2013	2	40,0	3	60,0	2	40,0	3	60,0	5	100,0
2014	-	-	5	100,0	-	-	5	100,0	5	100,0
2015	-	-	5	100,0	-	-	5	100,0	5	100,0
2016	2	40,0	3	60,0	-	-	5	100,0	5	100,0
2017	3	37,5	5	62,5	-	-	8	100,0	8	100,0

Fonte: elaboração própria a partir de dados de Produção Ambulatorial do SIA/SUS

Para a apresentação dos dados, aos CEO investigados foram atribuídas letras do alfabeto. Na avaliação da qualidade dos CEO segundo Portal CEO para o ano de 2018 (tabela 4), pela média geral, eles podem ser classificados como satisfatórios, no entanto, os CQ Critérios Organizacionais e Controle Social e Financiamento apresentaram média <7,0, sendo considerados insatisfatórios no período analisado.

Tabela 4: Avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas por componente de qualidade, sob a visão dos gerentes, de fevereiro a maio de 2018, Portal CEO - Recife-PE.

MÊS	CEO	G.S.	EST.	G.P.	C.O.	C.S.F.	A.M.	NOTA
Fevereiro	B	10,00	10,00	10,00	8,00	10,00	8,46	9,41
	C	6,67	8,46	7,50	5,00	6,00	6,92	6,76
	D	10,00	6,92	10,00	7,00	4,00	9,23	7,86
	E	6,67	7,69	5,00	5,00	2,00	6,92	5,55
	H	8,33	6,92	7,50	4,00	8,00	6,92	6,95
	Média	8,33	8,00	8,00	5,80	6,00	7,69	7,31
Março	A	8,33	7,69	10,00	7,00	6,00	9,23	8,04
	B	10,00	10,00	10,00	8,00	10,00	8,46	9,41
	C	6,67	8,46	7,50	5,00	6,00	6,92	6,76
	H	8,33	6,92	7,50	4,00	6,00	6,92	6,61
	Média	8,33	8,27	8,75	6,00	7,00	7,88	7,71
Abril	A	8,33	7,69	10,00	6,00	6,00	9,23	7,88
	B	10,00	10,00	10,00	8,00	10,00	9,23	9,54
	C	6,67	8,46	7,50	5,00	6,00	6,92	6,76
	E	6,67	8,46	5,00	5,00	2,00	6,92	5,68
	Média	7,92	8,65	8,13	6,00	6,00	8,08	7,47
Maio	A	8,33	7,69	10,00	5,00	6,00	9,23	7,71
	B	8,33	6,92	10,00	6,00	8,00	10,00	8,21
	E	6,67	8,46	5,00	6,00	2,00	6,92	5,84
	Média	7,78	7,69	8,33	5,67	5,33	8,72	7,25
Média do período		8,09	8,15	8,30	5,87	6,08	8,09	7,44

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do Portal CEO, 2018.

Legenda: G.S. = Gestão e gerência do serviço; EST. = Estrutura do CEO; G.P. = Gestão de Pessoas; C.O. = Critérios Organizacionais; C.S.F. = Controle social e Financiamento; A.M. = Avaliação e Monitoramento.

DISCUSSÃO

Utilizando como base a atual PNSB que tem como um dos pressupostos o uso da informação sobre o território para subsidiar o planejamento das ações¹ e que a função de planejamento, incluindo o monitoramento e avaliação, faz parte das atribuições de todos os profissionais, independentemente de onde trabalhem¹⁴, este estudo contribuiu para ampliar o conhecimento sobre a realidade dos CEO do município do Recife de forma a auxiliar na

construção de intervenções e na implementação de medidas para melhorar a qualidade desses serviços essenciais para o fortalecimento da integralidade na rede de saúde bucal.

Desde a criação dos CEO, tem ocorrido uma expansão crescente da quantidade desses serviços por todo o Brasil conforme evidenciado em vários estudos sobre o tema ^{5,15,16,17}. A cidade do Recife acompanhou essa expansão e conforme observado no período analisado, ocorreu um aumento na quantidade de CEO, de quatro estabelecimentos em 2008 para oito ao final de 2017.

Em Recife, há um predomínio de CEO do tipo II, que possui de quatro a seis cadeiras odontológicas e em outras pesquisas também foi possível evidenciar esse dado. Em Pernambuco, a maioria também era do tipo II^{13,18,19}, da mesma forma que no Amazonas²⁰, em Minas Gerais²¹, no Rio Grande do Norte²², no Maranhão⁹, bem como nacionalmente^{23, 24, 25}.

Para a organização de uma rede de serviços de saúde bucal que tenha como princípio a integralidade das ações, é imprescindível que os gestores tenham a capacidade de utilizar indicadores de saúde visando o planejamento de suas ações²⁶. Utilizando o indicador CGM¹³, foi possível verificar que os CEO de Recife apresentaram os maiores percentuais de desempenho entre regular, ruim e péssimo. Esta avaliação inicial pode servir de alerta para os gestores e profissionais de que é preciso identificar os problemas que têm contribuído para o não cumprimento das metas estabelecidas.

Em outras pesquisas ^{17,27} o desempenho também foi considerado insatisfatório. Avaliação em âmbito nacional ²³, mostrou que na maioria das regiões o desempenho dos CEO foi ruim, exceto no Centro-oeste e Sudeste que obtiveram bom desempenho. Cortellazzi et al.²⁵, também observaram que a maioria dos CEO apresentou desempenho ruim/regular e ressaltaram a importância da avaliação do desempenho dos serviços secundários em saúde bucal no sentido de aperfeiçoar processos e ações para melhorar o funcionamento desses serviços.

Neste estudo nenhum dos CEO cumpriu as quatro metas propostas pelo indicador CGM no período analisado. Em avaliação no estado do Amazonas, Herkrath et al.²⁰, também encontraram uma situação semelhante, apenas três dos 13 serviços alcançaram as quatro metas propostas. Nesse sentido, concordamos com Freitas et al.¹⁷, quando afirmam que o desempenho insatisfatório dos CEO pode sugerir falhas na gestão e organização desses serviços e que o processo de avaliação é uma etapa fundamental para garantir uma melhor qualidade dos serviços à população.

Considerando os achados por subgrupo de meta, no município em estudo, o melhor cumprimento de metas foi obtido nos procedimentos básicos. Essa avaliação em outros

estudos revelou uma variedade de resultados. Entre os que consideraram os procedimentos básicos em sua análise, eles apresentaram o melhor desempenho em detrimento dos demais, como em Recife e em Pernambuco ¹³. De forma semelhante foi verificado em estudos nacionais ^{22,25}, o que pode revelar a necessidade de adequação da oferta de especialidades do CEO que possibilitem outras especialidades e aperfeiçoamento das metas existentes ²².

No Paraná, a ampliação da oferta de serviços odontológicos especializados não correspondeu a um aumento no número de procedimentos periodontais e endodônticos ²⁸, tampouco no estado do Amazonas ²⁰, onde o desempenho não foi satisfatório para os procedimentos cirúrgicos e de endodontia. Esses autores sugerem como uma das explicações a possibilidade desses procedimentos estarem sendo executados na atenção básica, sugerindo falhas na hierarquização dos serviços nos municípios do referido estado.

O número expressivo de procedimentos básicos realizados pelo CEO em relação a outros procedimentos contraria os princípios da rede hierarquizada e regionalizada em saúde, como no Maranhão, onde a maioria dos CEO não cumpria as metas de produtividade, exceto para esses procedimentos ⁹. Nesse estado, os resultados foram associados à baixa cobertura de equipes de Saúde Bucal resultando em uma maior demanda desses procedimentos para os CEO, favorecendo esse aumento na produção em detrimento dos procedimentos especializados.

A análise de procedimentos básicos não foi utilizada em algumas pesquisas que avaliaram desempenho dos CEO, dentre estes estudos, está o de Lino et al.²¹, que analisou todos os estabelecimentos de saúde no estado de Minas Gerais que realizavam procedimentos odontológicos especializados, evidenciando que a maioria dos procedimentos é da área cirúrgica, seguido da periodontia e, por último, os da endodontia. Na Região de Saúde de Jequié/BA, os maiores percentuais de cumprimento foram nos procedimentos de periodontia, seguidos de cirurgia e endodontia ²⁷.

Os CEO de Recife parecem possuir requisitos mínimos para seu adequado funcionamento no que diz respeito a qualidade. Contudo, nesta análise os serviços tiveram uma avaliação considerada insatisfatória nos quesitos Critérios organizacionais e Controle Social e Financiamento. Resultados semelhantes aos de Santos et al.¹⁹, que analisaram a utilização inicial do Portal CEO em Pernambuco. Parece haver dificuldade de acesso e uso ao serviço e na garantia de referência e contrarreferência, além de uma baixa participação e escuta das necessidades dos usuários.

É preciso destacar que esta pesquisa apresentou como um dos fatores limitantes o pequeno número de unidades de saúde analisadas, além de realizar uma avaliação apenas

quantitativa e descritiva, que por si só não é capaz de retratar todo o contexto dos serviços, tampouco extrapolar os dados para outras realidades. No entanto, como estes dados serviram de base para induzir e estimular uma rotina de avaliação e planejamento no município, concordamos com Thomaz et al.⁹, quando afirmam que uma decisão acertada é fortalecer a capacidade da gestão na avaliação e monitoramento das ações para a melhoria da qualidade, incorporando a avaliação ao cotidiano dos serviços.

CONCLUSÃO

Com base nas avaliações de desempenho e qualidade, foi possível perceber que apesar da ampliação de serviços de média complexidade em saúde bucal no município do Recife/PE no período de 2008 a 2017, esses estabelecimentos apresentaram desempenho insatisfatório, cumprindo mais frequentemente as metas para procedimentos básicos, além de apresentarem componentes relacionados ao processo de trabalho, como a organização dos CEO, interface com a atenção primária e a participação social ainda de forma insatisfatória.

A condução da análise de dados disponíveis pode ser uma importante ferramenta no cotidiano de gestores, profissionais, usuários e pesquisadores interessados em conhecer melhor a realidade local. Esse conhecimento pode auxiliar no planejamento de atividades, na tentativa de evitar o imprevisto e o “apagar de incêndios” do dia a dia da gestão dos serviços, além de contribuir para uma tomada de decisão apropriada ao contexto analisado.

FONTES DE FINANCIAMENTO

O uso do portal CEO foi analisado na pesquisa denominada “Avaliação de efetividade de uma ferramenta webased para planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)”, que foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Edital 10/2012 – Pesquisa em Saúde Bucal através do processo 403419/2012-3 e pela Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco Edital 13/2012 - Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS – Rede MS/CNPq/FACEPE/SES – APQ-0026-4.00/13.

CONFLITO DE INTERESSES

As autoras informam que não há conflito de interesse com o objeto de estudo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1570, 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. Brasília, 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Brasília, 2006
4. Kitamura ES et al. Avaliação da satisfação dos usuários dos Centros de Especialidades Odontológicas da macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2016; 25(1):137-148.
5. Machado FCA, Silva JV, Ferreira MAF. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(4):1149-1163.
6. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propósitos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
7. Tagliaferro EPS et al. Planejamento em saúde bucal na cidade de Piracicaba, SP: estudo de caso. *Arq. Odontol*. 2005; 41(4):339-352, 2005
8. Bittar TO et al. O PES e a construção de uma Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*. 2010; 14(1):71-76
9. Thomaz EBAF et al. Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2016; 25(4):807-818.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.599, de 30 de março de 2015. Dispõe sobre o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas e define a implantação de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Brasília, 2015.
11. Lucena EHG. Centros de Especialidades Odontológicas (CEO): análise a partir dos relatos de planejamento e resultados dos indicadores no Programa Nacional de Melhoria do

- Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO). Brasília. Tese [Doutorado em Ciências da Saúde] – Universidade de Brasília; 2016.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.464, de 24 de junho 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). Brasília, 2011.
 13. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009; 25(2):259-267.
 14. Nunes MF et al. PMAQ-CEO External Evaluation: Revealing Indicators for Planning Services. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2018; 18(1):1-11.
 15. Araújo DB, Menezes LMB, Sousa DL. Atenção secundária em saúde bucal e a implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas em um estado do Nordeste, Brasil. *RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online)*. 2012; 60(1):49-54.
 16. Scarparo A et al. Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal-Programa Brasil Sorridente-sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2015; 23(4):409-415.
 17. Freitas CHSM et al. Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. *Saúde em Debate*. 2016; 40(108):131-143.
 18. Magalhães BG et al. Avaliação do cumprimento de atenção secundária em saúde bucal. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2012; 12(1):107-112.
 19. Santos LX et al. A Web-Based Tool for Monitoring and Evaluating Health Care Services: An Analysis of Centers for Dental Specialties Webpage. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2018; 18(1):1-13.
 20. Herkrath FJ et al. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sociodemográfico dos municípios do Amazonas, Brasil, 2009. *Saúde em Debate*. 2013; 37(96):148-158.
 21. Lino PA et al. Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(9):3879-3888.
 22. Silva AP et al. Cobertura da atenção secundária em saúde bucal no Rio Grande do Norte (RN) à perspectiva do Decreto 7.508/2011 e do GraduaCEO. *Revista da ABENO*. 2015; 15(2):65-73.
 23. Goes PSA et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012; 28:s81-s89.

24. Celeste RK et al. Análise da produção ambulatorial em municípios com e sem centros de especialidades odontológicas no Brasil em 2010. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014; 30(3):511-521.
25. Cortellazzi KL et al. Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2014; 17(4):978-88.
26. Cruz DF et al. A linha do cuidado em saúde bucal no município de João Pessoa: uma análise de indicadores. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2011; 11(2):291-295.
27. Santana DA et al. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas de uma Região de Saúde da Bahia. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2015; 23(3):261-267.
28. Silva FR, Padilha EZ, Baldani MH. Serviços odontológicos especializados nas cidades médias não metropolitanas do estado do Paraná, entre 2003 e 2010: estudo exploratório. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2013; 22(4):641-650.

5.2 Artigo 2 - Análise do processo de construção de um planejamento local em um Centro de Especialidades Odontológicas

Analysis of the process of construction of a local planning in a Center of Dental Specialties.

RESUMO

O planejamento é uma importante ferramenta para melhoria da qualidade dos serviços de saúde, mas é pouco estudado na atenção especializada em saúde bucal. O objetivo deste estudo foi analisar o processo de construção de um plano local de intervenção em um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) da cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. Consiste em uma pesquisa-ação, utilizando como referencial teórico o Planejamento Estratégico Situacional (PES). Esse CEO foi definido após serem discutidos dados municipais de produção e de qualidade junto à gestão de saúde bucal do Recife. Desse modo, foram realizados 10 encontros no período de maio a novembro de 2018, cujas discussões foram registradas mediante gravações e anotações para posterior análise descritiva e de conteúdo. Participaram do estudo 16 representantes dos segmentos: da gestão municipal, distrital de saúde bucal e gestão do CEO; cirurgião-dentista do CEO; profissional de nível técnico do CEO; profissional da Estratégia Saúde da Família (ESF); conselho distrital de saúde - usuário. Os resultados permitiram compreender a realidade do planejamento no CEO, que foi mais voltada para questões no âmbito do atendimento clínico, pois o absenteísmo no CEO foi o problema escolhido ao processo de construção do plano através do desenho de operações e ações. Mesmo aparentemente motivados, mais da metade das ações planejadas pelo grupo não foram cumpridas. Foi possível compreender a percepção sobre a prática do planejamento realizado, possibilitando o conhecimento da realidade, a valorização do trabalho em grupo, apesar da aparente frustração pelo não cumprimento das metas. A intervenção permitiu incluir o método como uma possibilidade para o empoderamento da equipe e como contribuição para o fortalecimento dessa importante estratégia na rede de atenção em saúde bucal.

Palavras-chave: Planejamento em saúde. Atenção secundária à saúde. Saúde bucal.

ABSTRACT

Planning is an important tool for improving the quality of health services, but it is little studied in specialized oral health care. The objective of this study was to analyze the process of construction of a local intervention plan in a Center of Dental Specialties (CDS) of the city of Recife, Pernambuco, Brazil. It consists of an action research, using as theoretical reference the Strategic Situational Planning (SSP). This CDS was defined after discussing municipal production and quality data with the oral health management of Recife. In this way, 10 meetings were held in the period from May to November 2018, whose discussions were recorded through recordings and annotations for further descriptive analysis and content. Participated in the study 16 representatives of the segments: municipal management, district oral health and management of the CDS; CDS surgeon-dentist; professional level of the CDS; Family Health Strategy (FHS); district health council - user. The results allowed us to understand the reality of planning in the CDS, which was more focused on issues within clinical care, as absenteeism in the CDS was the problem chosen to the process of building the plan through the design of operations and actions. Even apparently motivated, more than half of the actions planned by the group were not met. It was possible to understand the perception about the practice of the planning carried out, allowing the knowledge of the reality, the valorization of the work in group, despite the apparent frustration for not meeting the goals. The intervention allowed to include the method as a possibility for the empowerment of the team and as a contribution to the strengthening of this important strategy in the oral health care network.

Keywords: Health planning. Secondary care. Oral health.

Introdução

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são estabelecimentos de saúde considerados de média complexidade, propostos a partir de 2004 pela a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente (Brasil, 2004) e representam uma conquista social do direito universal à saúde, possuindo o papel de reduzir iniquidades de acesso aos serviços odontológicos especializados e propiciar reduções na morbidade relacionada à saúde bucal (Machado, Silva, Ferreira, 2015).

Por se tratar de uma realidade recente e em fase de construção, a atenção odontológica pública de média complexidade tem especificidades locais que ao serem avaliadas em conjunto, refletem as conquistas obtidas por esse nível de atendimento desde sua implantação,

no entanto, os sistemas de avaliação ainda são incipientes (Kitamura et al., 2016). Compreendendo que as iniciativas de avaliação dos serviços contribuem para o planejamento e tomada de decisão, estes devem fazer parte das ações cotidianas. E por meio do planejamento busca-se compatibilizar várias ações e recursos para o alcance de objetivos, além de se poder utilizar da melhor forma os recursos escassos, significando, portanto, o contrário de improvisação (Rivera, Artmann, 2012).

O termo planejamento é amplamente utilizado no cotidiano da política e da administração, seja no setor público ou no setor privado. Compreendido como um processo de racionalização das ações humanas, consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, visando a solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas (Teixeira, 2010).

O Brasil apresenta uma longa história de planejamento estatal. Com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, pensou-se que haveria um fortalecimento do planejamento público. No entanto, com a ampliação do debate sobre a institucionalização da prática de planejamento em saúde em 1990, seguida por uma desvalorização decorrente da ascensão da ideologia neoliberal, o planejamento foi mantido como um ritual burocrático na maioria das instâncias do governo. Apenas no final daquela década foram retomadas algumas estratégias mais consistentes de planejamento na saúde. No período correspondente ao governo Lula há uma retomada da ideologia desenvolvimentista por meio do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), que influencia positivamente estas iniciativas setoriais de fortalecer o planejamento nacional (Machado et al., 2010; Teixeira, 2015).

Com a incorporação do cirurgião-dentista na atenção primária à saúde, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), outras atribuições, além das clínicas, passam a ser inseridas na sua prática de trabalho, como o planejamento em saúde bucal. (Goes et al., 2014). Há muito, é sabido que sua utilização como ferramenta de gestão no serviço público possibilita melhoria na organização, cobertura e qualidade dos serviços de atenção à saúde bucal (Tagliaferro et al., 2005) e que a ausência de um planejamento a longo prazo por parte dos gestores públicos aliada a outros fatores conduz a ações isoladas e de pouca efetividade, sendo ainda um desafio ao alcance dos preceitos do SUS e das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Bittar et al., 2009).

Na prática odontológica da atenção básica (AB), as atividades de planejamento e programação em saúde bucal realizadas de forma satisfatória são raras, apresentando deficiências no impacto sobre a saúde dos usuários (Padilha et al., 2005). Embora o planejamento em saúde seja capaz de implementar de forma mais completa e efetiva o

cuidado, de modo a causar impacto nos usuários, os dentistas desse nível de atenção parecem apresentar uma variabilidade de conceitos sobre esse tema (Cavalcanti et al., 2012).

A avaliação e o monitoramento das ações e serviços ofertados nos CEO são importantes instrumentos de gestão e planejamento para os municípios e seus indicadores de produção são considerados para os repasses de financiamento desses estabelecimentos, bem como para o repasse de recursos vinculados ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) dos CEO (Thomaz et al., 2016). Esse programa foi instituído em 2013 pela Política Nacional de Saúde Bucal com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nos CEO, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção especializada em saúde bucal (Brasil, 2015). Atualmente encontra-se em execução o seu segundo ciclo.

A realização de atividades de planejamento nos CEO é um dos padrões de qualidade investigados na avaliação externa do PMAQ/CEO e com base nela, Lucena (2016) observou que sua realização esteve associada aos municípios que apresentaram menor cobertura de Equipes de Saúde Bucal/Estratégia Saúde da Família (ESB/ESF), à presença de gerente com formação complementar em saúde pública e que realizam auto avaliação, além do maior cumprimento de metas das especialidades.

Estudos sobre o planejamento na atenção especializada em saúde bucal ainda são escassos na literatura e considerando que os CEO são a principal estratégia para fortalecer a rede de atenção integral, o planejamento pode ser encarado como uma ferramenta importante para melhorar a qualidade dos serviços ofertados. Nessa perspectiva, uma maior aproximação com os serviços, através da construção de planos locais e de ações colaborativas para fortalecimento da competência gerencial e gestora local, pode contribuir com a tomada de decisão e o fortalecimento das políticas públicas na área de planejamento, gestão e a avaliação em saúde bucal.

Desse modo, este trabalho busca analisar o processo de construção de um plano local de intervenção em um Centro de Especialidades Odontológicas da cidade do Recife, Pernambuco, Brasil.

Metodologia

É um estudo do tipo pesquisa-ação que, segundo Thiollent (1997), consiste em acoplar pesquisa e ação em um processo no qual atores implicados participam, junto com os pesquisadores, para chegarem interativamente a elucidar a realidade em que estão inseridos,

identificando problemas coletivos, buscando e experimentando soluções em situação real. Simultaneamente, há produção e uso de conhecimento. Esta pesquisa resultou da experiência de aplicação da metodologia de Planejamento Estratégico Situacional (PES) em um CEO de Recife, Pernambuco. A dimensão ativa do método manifesta-se no planejamento de ações e na avaliação de seus resultados.

A cidade do Recife possui oito CEO distribuídos em sete Distritos Sanitários (DS). Esses estabelecimentos foram avaliados quanto ao cumprimento de metas e qualidade correspondendo à primeira etapa de um estudo denominado “Análise do impacto do Planejamento Local nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município de Recife, PE”, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), inscrito sob o número de parecer 2.419.116 e CAAE nº79235517.5.0000.5208.

A partir dessa análise, juntamente com a gestão municipal e distrital de saúde bucal e com os gestores dos CEO, foi definido que o CEO para intervenção seria um estabelecimento de referência municipal, do tipo III, caracterizado por possuir mais de 7 cadeiras odontológicas. Funciona desde 2004 no município, inicialmente habilitado como do tipo II e a partir de 2012 passou a ser do tipo III. Para esse CEO, foram analisados os dados de produção ambulatorial e de qualidade.

A avaliação normativa foi pautada segundo a Portaria nº 1.464/2011 (Brasil, 2011), que instituiu como meta uma produção mínima mensal a ser realizada nos CEO, conforme o que se segue para CEO tipo III, sendo 190 procedimentos básicos, 150 procedimentos de periodontia, 95 procedimentos de endodontia e 170 procedimentos de cirurgia oral. A portaria ainda complementa que para cumprimento da produção mínima mensal, é obrigatório que 50% dos procedimentos básicos sejam procedimentos restauradores, e que 20% dos procedimentos de endodontia sejam em dentes permanentes com três ou mais raízes.

A partir dessa análise, foi utilizado o indicador proposto por Figueiredo, Goes (2009), denominado Cumprimento Global de Metas (CGM), que é o resultado da operacionalização do quociente resultante da média mensal de procedimentos realizados de cada subgrupo de especialidades odontológicas pelo número de procedimentos correspondente à meta deste subgrupo multiplicado por 100. Considera-se meta atingida aquele que cumprir percentual igual ou superior a 100% da meta para cada subgrupo de procedimentos odontológicos especializados. A partir de então, classifica-se o desempenho do serviço da seguinte forma: péssimo (não cumpriu nenhuma meta); ruim (cumpriu uma meta); regular (duas metas); bom (três metas); e, ótimo (quatro metas).

Para avaliar a qualidade do CEO, foi utilizada a ferramenta eletrônica Portal CEO, que é um programa computacional (software), que permite a inclusão, análise e visualização de dados, servindo de instrumento de (auto) avaliação e que pode contribuir com a modernização da gestão/gerência dos CEO. Foi analisada a tendência das notas e classificações dos meses de fevereiro a maio de 2018 das avaliações respondidas pelo gerente do CEO. Essas classificações são geradas de notas (geral e componentes de qualidade) que valem de 0,0-10,0. São seis Componentes de Qualidade (CQ) avaliados: Gestão e gerência do serviço (G.S.); Estrutura do CEO (EST.); Gestão de Pessoas (G.P.); Critérios Organizacionais (C.O.); Controle social e Financiamento (C.S.F.) e Avaliação e Monitoramento (A.M.). Foi considerado como parâmetro: acima de 7,0 satisfatório, abaixo 7,0 insatisfatório para as análises decorrentes deste trabalho.

No primeiro encontro nesse CEO, realizado no auditório do serviço, além de apresentado o projeto de pesquisa-ação, foi definida a equipe de trabalho, representativa do estabelecimento de saúde, que foi composta por 16 representantes dos segmentos: gestão municipal, distrital de saúde bucal e gestão do CEO; cirurgião-dentista do CEO; profissional de nível técnico do CEO; profissional da Estratégia Saúde da Família (ESF); conselho distrital de saúde - usuário. Momento no qual foi feito o consentimento em participar mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e estabelecidas as pactuações sobre o andamento da pesquisa (dias e horários para realização das oficinas de planejamento).

Com a finalidade de verificar a compreensão da equipe de trabalho acerca do tema de planejamento em saúde, bem como sua utilização e possíveis contribuições ao serviço, as discussões foram realizadas por meio de um roteiro semiestruturado, que norteou os momentos de entrevista em grupo por meio de grupos focais: antes da construção do plano de intervenção, no segundo encontro; após a construção do plano no momento tático-operacional; e, por fim, no encontro que teve por objetivo monitorar as metas propostas pelo plano.

Grupo focal é um tipo de entrevista em grupo que tem o propósito de valorizar a comunicação e interação entre os participantes da pesquisa, além de ser apropriada para examinar como o conhecimento e como as ideias se desenvolvem, operam e são expressas em um determinado contexto (Kitzinger, 2009). É uma forma de amplificar a situação de entrevista, tendo como principais vantagens o seu baixo custo, a riqueza de dados, além de estimular os respondentes, auxiliando a lembrar de acontecimentos e permitir ir além dos limites das respostas de um único entrevistado. As discussões em grupo correspondem à

maneira pela qual as opiniões são produzidas, manifestadas e trocadas na vida cotidiana (Flick, 2009).

No segundo encontro, realizado na sala de reuniões do CEO e com a participação de toda a equipe de trabalho, exceto da gestão distrital de saúde bucal, após as discussões iniciais a partir das percepções da equipe de trabalho acerca da realização do planejamento e suas possíveis contribuições aos serviços, foi realizado um momento teórico resgatando aspectos históricos das principais vertentes do planejamento em saúde. Conforme sugerido por Bezerra (2012), toda a programação foi construída intercalando esses momentos teóricos sobre a metodologia adotada e os temas sobre o processo a ser trabalhado, por conferir um sentimento de aquisição de conhecimento, de construção coletiva, de reflexão sobre a prática, além de ser um momento de sensibilização e adesão à questão a ser problematizada.

O referencial teórico metodológico foi o PES, que embora tenha sido desenhado para ser utilizado no nível central, global, seu formato flexível possibilita a aplicação nos níveis regionais/locais ou mesmo setoriais, sem deixar de situar os problemas num contexto global mais amplo, o que permite manter a qualidade da explicação situacional e a riqueza da análise de viabilidade e de possibilidades de intervenção na realidade. Prevê quatro momentos para o processamento técnico-político dos problemas: os momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. Cada um desses momentos possui suas ferramentas metodológicas específicas, que podem ser retomadas nos demais (Artmann, 2000).

O momento explicativo corresponde ao desenho, ao fazer cálculo estratégico e avaliar o que foi feito antes, esse momento é inseparável dos outros três e todos os momentos têm uma dimensão de explicação da realidade. O momento normativo corresponde ao desenho de como deve ser a realidade em contraste com a situação inicial. Já o momento estratégico concentra-se no cálculo da articulação entre o deve ser e o pode ser, o centro da preocupação é a análise da viabilidade do programa. Ao fim, o momento tático-operacional, é o fazer, produz-se a mediação entre o conhecimento e a ação, o plano só se completa na ação (Matus, 1993).

No momento explicativo, foram apresentados relatórios locais de cumprimento de metas e de avaliação de qualidade do serviço - Portal CEO (resultantes da primeira etapa do estudo). Apesar da disponibilização desses dados ao intuito de problematizar o planejamento, o direcionamento do plano teve caráter situacional, premissa do PES.

Ao término da construção do momento tático-operacional, foi discutido com a equipe, a partir do roteiro semi-estruturado, a opinião do grupo acerca da construção do plano e suas possíveis influências na rotina de trabalho. E, três meses após esse encontro, conforme

pactuado com a equipe, foi realizado um último para verificar sua execução. Neste momento, examinou-se a operacionalização e o cumprimento das metas estabelecidas, dessa forma, as ações foram classificadas como cumpridas, quando realizadas dentro do prazo estabelecido e não cumpridas quando não realizadas. Nesse encontro também foram discutidas as impressões sobre a operacionalização do plano e a influência desse planejamento na rotina de trabalho do grupo.

Dessa forma, todos os momentos previstos pelo PES foram realizados, sendo adotadas as simplificações e adaptações ao método, bem como os instrumentos utilizados, conforme sugerido por Bezerra (2012). Foram realizados 10 encontros incluindo desde a apresentação da proposta do projeto até a construção e monitoramento do plano, no período de maio a novembro de 2018.

As discussões em grupo foram registradas por meio de anotações e gravações de áudio. Após a conclusão desses encontros foi efetuada a transcrição das gravações das oficinas de trabalho, e, juntamente com os registros escritos, foram realizadas análises descritiva e de conteúdo. A análise descritiva foi realizada para relatar o processo de construção do plano por meio do material produzido durante os momentos do PES e sua articulação com a teoria. A análise de conteúdo foi realizada a partir das transcrições dos três momentos em que foram realizadas as entrevistas em grupo por meio dos grupos focais utilizando o método desenvolvido por Bardin (2011), que a considera

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

A partir da análise dos grupos focais realizados antes e após a construção do plano, foi possível compreender a percepção dos participantes sobre vários aspectos acerca do planejamento em saúde e sua realização no CEO, bem como o estabelecimento de articulações com os referenciais teóricos. Entre os produtos desta análise, serão explorados nos resultados deste trabalho aqueles relacionados à prática proposta pela intervenção a partir de duas categorias: compreendendo a realidade do planejamento em saúde no CEO e a reflexão sobre o processo de construção do plano local no CEO.

Durante o processo de sistematização dos dados, os indivíduos foram identificados através do cargo ocupado e letras do alfabeto, foi utilizado o software de gestão da informação NVivo 12.0.

Foram observadas as recomendações e normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) – Resolução CNS 466/12 – a respeito de pesquisas que envolvem seres

humanos, bem como teve anuência da secretaria Municipal de Saúde de Recife para sua realização. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, disponibilizando a publicação das informações produzidas nesta investigação.

Resultados e discussão

Os resultados a seguir apresentados foram divididos em três tópicos, dois deles relativos à percepção dos participantes das oficinas a partir da realização dos grupos focais, e desse processo emergiram duas categorias: compreendendo a realidade do planejamento em saúde no CEO e a reflexão sobre o processo de construção do plano local no CEO. O outro tópico compreendeu a descrição do processo de construção do plano, de acordo com os momentos do planejamento estratégico.

Compreendendo a realidade do planejamento em saúde no CEO

A percepção de usuários e profissionais de saúde permite uma avaliação ampla e verdadeira acerca do atual modelo de saúde e é considerada valiosa para a organização e planejamento das estratégias utilizadas (Bordin et al., 2016). Dessa forma, considerando a percepção dos cirurgiões-dentistas do CEO sobre a realização do planejamento em saúde, foi possível identificar que o que acontece no dia a dia é apenas um planejamento de atividades clínicas, revelando o modelo tradicional de formação da odontologia, caracterizada por uma visão fragmentada e reducionista da saúde, com uma prática voltada para o indivíduo (Almeida, Silva, Leite, 2010).

Na realidade o trabalho da gente não tem muito planejamento pra fazer não. O que chega a gente faz... [...] pra gente que não é sanitarista nem nada, qual é a minha preocupação? É o paciente chega e eu vou fazer o tratamento dele. Minha preocupação não é como ele vai chegar lá pra mim entendeu? Porque essa não é a minha formação. Minha formação é tratar meu paciente. (CD CEO A)

A gente faz planejamento clínico... então a gente não pode dizer que não existe, ele existe. A gente faz. [...] ele pode ser feito também no dia a dia... é... instintivamente ou tá dentro do seu... você planeja, eu vou chegar, vou atender, tenho 5 ou 6 pacientes pra atender... fulano eu vou obturar o canal, o que que eu vou precisar para fazer o dele, esse vem a primeira vez eu vou identificar, diagnosticar se é aquele dente mesmo, ele já vem previamente diagnosticado, mas as vezes o vizinho também precisa... então assim, a gente planeja (CD CEO B)

Esse entendimento de planejamento também foi encontrado por Padilha et al., (2005) e no estudo de Sá et al., (2015), em que os CD da AB veem como uma programação enviada para a coordenação, ou plano de tratamento individual dos pacientes, restringindo os momentos de planejamento aos aspectos clínicos próprios da profissão. Alguns afirmaram ainda não ser uma atividade necessária, uma vez que conseguem fazer seu trabalho, mesmo

apresentando algumas dificuldades, além de considerarem que dependia da gestão para ser realizada, considerando-o inclusive como um desvio de função.

Eu entro na minha sala, me fecho, atendo e vou embora. Eu só vejo aquilo com que eu trabalho, com que esteja diretamente ligado à minha função, entendeu? [...] eu entrei num concurso em que no edital dizia as minhas atribuições e lá eram atribuições exclusivamente técnicas, não tem nada de planejamento, pode ser que os editais tenham mudado a partir de agora porque ampliou-se a visão com relação a isso. E eu sigo um código aonde diz que eu não posso simplesmente sair da minha função pra ir para outra função. Tá entendendo, eu tenho que ficar presa à minha função de execução. (CD CEO C)

A organização do trabalho das equipes de saúde bucal no CEO costuma ser em essência predominantemente clínica, focada nas especialidades e sob exigência de produção mensal definida segundo o tipo de CEO habilitado (Silva et al., 2016). Contudo, o planejamento pode ser necessário para melhor realizar o trabalho e para tornar claros objetivos e compromissos compartilhados, principalmente nas instituições de saúde, em que a quantidade e a complexidade das tarefas a serem realizadas, o volume de recursos e pessoas envolvidas na sua realização não podem correr o risco do imprevisto (Paim, 2006). Essa função de planejamento, que inclui aí o monitoramento e a avaliação é inerente a todos os profissionais, independentemente de onde trabalhem (Nunes et al., 2018).

Algumas dificuldades foram apontadas, principalmente pela gestão para a não realização desse planejamento no estabelecimento, como a pressão existente para a realização de atendimentos clínicos e a cobrança para o cumprimento da produção.

Quando a gente faz qualquer questão que a gente quer tirar daquele quadrado, só de trabalhar, chegar, atender e ir embora e quer fazer uma outra atividade aí já questionam, e a produção? E o paciente? E não sei o quê... Então isso é angustiante pra gente, entendeu? (Gestão A)

No entanto, foi apontada uma iniciativa recente de realizar reuniões por especialidades, com início pela endodontia, no intuito de envolver os profissionais de vários estabelecimentos do município. Nessas reuniões foram identificados problemas mais frequentes relatados pelos profissionais e pensadas ações para tentar resolver questões mais pontuais da especialidade.

Um ponto importante observado foi que os participantes pareceram apresentar um desejo de melhoria do CEO, principalmente pela oportunidade de poder trabalhar juntos, em equipe, inclusive estimulados com a participação de atores como a equipe da ESF e do controle social. A reflexão foi no sentido de que ao construir esse plano, as ações pudessem contribuir para uma maior resolutividade do serviço. Além disso, que essa construção de fato pudesse sair do papel e ser executada, premissa do próprio PES de que o plano só se completa na ação (Matus, 1993), também destacado por Artmann (2000) que o planejamento está vinculado à ação e aos seus resultados ou impactos.

Não só ficar só na teoria, no falatório e não botar o plano em ação, porque também não vai adiantar de nada. Planejar, planejar, planejar e não executar, né? Tem que planejar e executar. Porque aí é que vai saber realmente se o negócio vai funcionar ou não. (ASB CEO A)

O Planejamento no CEO

Conforme o referencial teórico-metodológico utilizado, a construção do plano teve início com o momento explicativo, para o qual foram necessários três encontros. A princípio, após o momento teórico inicial, foram apresentados dados do serviço para sinalizar a situação encontrada nos sistemas de informação sobre a produção e avaliação de qualidade do CEO. Realizar esses processos de avaliação e monitoramento cotidianamente permite identificar fragilidades e potencialidades para subsidiar a gestão dos serviços de saúde bucal, mesmo considerando que apenas uma avaliação puramente quantitativa não significa uma melhoria na sua qualidade (Possamai et al., 2016).

A partir dos dados do CEO, de acordo com o gráfico 1, a avaliação do cumprimento de metas desse estabelecimento demonstrou que foi classificado como bom de 2008 a 2010, com desempenho ruim entre 2011 a 2015, regular em 2016 e retornando ao desempenho ruim em 2017.

Gráfico 1: Cumprimento de Metas do CEO no período de 2008 a 2017, Recife-PE



Fonte: elaboração própria a partir de dados de Produção Ambulatorial do SIA/SUS

Surgiram várias questões sobre as falhas que esses dados apresentam por não considerarem questões locais, como falta de materiais e instrumentais, além da utilização de códigos e instrumentos de registros inadequados.

Eu vou dizer uma coisa a vocês, só pra ter noção de como esse diagnóstico deve ser falho, até outro dia a gente estava usando um BDA (Boletim Diário de Atendimento) que não entrava no sistema, depois a gente descobriu que estava usando um código que não era válido. Como é que a gente vai medir uma coisa se tem todas essas falhas? [...] . Esse ano, então, praticamente tudo que a gente fez, a gente não fez. (CD CEO A)

A gente é penalizado por coisas que não nos compete. [...] ontem cheguei aqui para trabalhar, não tinha revelador, sou de endodontia, como é que eu vou fazer odontometria e fechar canal? São as intempéries que não é que é culpa da gestão. (CD CEO B)

E mesmo que você faça o BDA, mesmo que você esteja com as pontas novas, mesmo que você esteja trabalhando, se não tiver o digitador, pra chegar lá no computador e botar seus dados você vai estar zerada, então é todo um processo... (CD ESF A)

Para a organização de uma rede de serviços de saúde bucal que tenha como princípio a integralidade, é essencial entre outros fatores a capacidade de utilização dos indicadores de saúde tendo em vista o planejamento de suas ações (Cruz et al., 2011), e análises utilizando dados disponibilizados pelos sistemas de informações do SUS podem ser muito importantes por serem referências e ferramentas para gestores e pesquisadores, auxiliando a estruturação de novas políticas públicas de saúde (Pires et al., 2015).

Além disso, alguns profissionais sugerem uma superestimação das metas, principalmente para a especialidade de endodontia, visto que entre os procedimentos considerados, estão apenas aqueles de conclusão do tratamento endodôntico, a obturação ou o retratamento.

Será que essa quantidade de metas de endodontia não foi superestimada? [...] De onde vem esse número? Já que existe uma portaria, em alguma região isso deve ser cumprido ou não, ou porque será que nunca se cumpre? Além dos fatores que a gente já sabe, mas será que também não há uma superestimação? (CD CEO E)

Muitos endodontistas não aceitam essa meta, acham superestimada e principalmente porque é muito fácil para o periodontista, para o cirurgião, atingir uma meta em 10 dias, porque vários procedimentos são contados dentro da meta, enquanto a endodontia só o canal fechado. E a gente tem muitos entraves até concluir o canal. A fala dos endodontistas, e já foi levado isso para o ministério, é que a meta é superestimada. (CD CEO C)

Essa afirmação dos profissionais do CEO de Recife, foi evidenciada por Chaves et al., (2011) quando avaliaram a oferta e utilização de serviços odontológicos especializados na Bahia. Este estudo considerou quanto à oferta potencial dos serviços, a consulta às portarias vigentes, bem como a consulta à especialistas, e de acordo com estes experts, a média dos procedimentos por hora a ser realizado por cada uma das especialidades foi inferior ao proposto pelo Ministério da Saúde para atenção ambulatorial.

O relatório apresentado ao grupo durante o momento explicativo contou ainda com a avaliação de qualidade através do Portal CEO, com as notas médias por componentes de qualidade e nota geral, de acordo com a visão do gerente do serviço, classificado como satisfatório para o período, conforme tabela 1 abaixo.

Tabela 1: Notas geradas pelo Portal CEO por componentes de qualidade avaliados nos meses de fevereiro a maio de 2018, sob a perspectiva do gerente para o CEO, Recife – PE.

MÊS	G.S.	EST.	G.P.	C.O.	C.S.F.	A.M.	NOTA
Fevereiro	10,00	10,00	10,00	8,00	10,00	8,46	9,41
Março	10,00	10,00	10,00	8,00	10,00	8,46	9,41

Abril	10,00	10,00	10,00	8,00	10,00	9,23	9,54
Maio	8,33	6,92	10,00	6,00	8,00	10,00	8,21
Média geral	9,58	9,23	10,00	7,50	9,50	9,04	9,14

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do Portal CEO, 2018.

Legenda: G.S. = Gestão e gerência do serviço; EST. = Estrutura do CEO; G.P. = Gestão de Pessoas; C.O. = Critérios Organizacionais; C.S.F. = Controle social e Financiamento; A.M. = Avaliação e Monitoramento.

Ao analisarem esses valores, os profissionais questionaram quem respondeu a avaliação, visto que dos seis componentes de qualidade, o componente de gestão e gerência obteve nota máxima, assim como outros questionamentos acerca do que a ferramenta aborda, visto que parecem considerar as notas muito altas para a realidade em que vivem. Notou-se uma tensão entre a gestão local do CEO e os profissionais com os dados apresentados sendo sugerido que essa ferramenta seja melhor analisada considerando além das notas, as perguntas e a tendência de respostas.

Quem fez essa avaliação? Foi “Gestão A”? Você colocou 10 em você mesma? (CD CEO A)

Sou eu que respondo, tudo foi eu... [...] eu sou uma pessoa muito otimista, eu acredito que tudo vai melhorar e aí... eu tô respondendo dentro da minha visão, da minha realidade... é assim, como é a nossa vivência, minha como gerente e com os meus profissionais... (Gestão A)

Quando você vê isso aí, como é que ele saiu com a nota maravilhosa na parte de gestão, na parte de gerente e tudo, aí parte pra que o servidor é que não está fazendo a sua competência. [...] as meninas ficaram aqui olhando e disseram assim, poxa, o CEO é 10,0, então quem é que não tá é a gente. Na leitura é assim. Por que eu não tô cumprindo essas metas? (CD ESF A)

Durante os debates realizados, emergiu a sugestão de que os gestores sejam capacitados em avaliação nos serviços de saúde.

Eu fiz um curso recentemente na universidade e na hora da avaliação eu fiz um... uma sugestão para que os gestores fizessem um curso de avaliação. Como é que se avalia dentro do serviço? [...] mas assim, a tendência é o gestor achar que tá tudo lindo e maravilhoso, entendeu? Aí assim, ele precisa pegar e saber o que é aquilo ali, [...] Como é que você pode avaliar aquele tópico. E até o servidor, mesmo. (CD ESF A)

Complementarmente, foi induzido que os participantes abordassem outros problemas observados no seu cotidiano, de forma clara e objetiva, utilizou-se descrição em tarjetas. A princípio os participantes demonstraram bastante dificuldade para elaborar os problemas, muitas vezes apresentando soluções ou justificativas para o diagnóstico apresentado, além de um certo constrangimento inicial para expor os problemas listados. Por outro lado, foi possível observar que os gestores contestavam alguns problemas elencados pelos participantes durante a leitura, principalmente quando diziam respeito à falta de material/instrumental ou de substituição de profissionais afastados por quaisquer motivos. Em todo o tempo, era lembrada a importância de valorizar o olhar do outro, uma vez que o planejamento tem como base todos os elementos advindos da discussão e, de acordo com Matus (1993), neste enfoque de planejamento, especialmente pertinente em um sistema democrático em que o ator

nunca tem poder absoluto, a realidade em que cada um vive é uma situação diferente e não deve ser ignorada.

Os problemas listados pelos participantes foram organizados no Quadro 01 de acordo com o ator proponente, entre eles, é importante destacar que apesar de ter sido discutido perfil do serviço no que diz respeito ao cumprimento de metas, apenas a gestão indicou como um problema a ausência desse cumprimento.

Quadro 1: Problemas relatados pelos participantes das Oficinas de Planejamento no Centro de Especialidades Odontológicas de acordo com ator proponente, Recife-PE, 2018.

Problema	Ator proponente
Abertura da regulação do CEO para o município	Controle social/ Gestão/CD CEO
Absenteísmo	CD CEO/ASB CEO/Gestão/CD ESF
Ausência de investimento nos outros CEO para diminuir a sobrecarga	CD CEO
Ausência de substituição de profissionais que saem de licença, entram de férias ou se aposentam	CD CEO/ASB ESF/CD ESF
Ausência de um profissional para aferir pressão arterial	CD CEO
Ausência de um profissional que faça AB no CEO	CD CEO
Ausência de uma recepção central na policlínica que oriente a chamada dos pacientes e a localização dos serviços para os usuários	CD CEO/ASB CEO/Gestão
Ausência do cumprimento das metas	Gestão
Ausência do protocolo do CEO	Gestão/CD CEO
Condições de trabalho indesejáveis: salas com mofo nas paredes, armários quebrados ou faltando	CD CEO
Dificuldade na marcação das radiografias pelo telefone	CD ESF
Dificuldades com o arquivo quando os pacientes não possuem cartão ou a ficha não chega ao consultório, ocorre atraso no atendimento	CD CEO
Dificuldades para entrar em contato com os pacientes pelo telefone fornecido	ASB CEO/CD ESF
Erros de preenchimento dos mapas, monitoramentos diários e de produção	Gestão
Falha na comunicação das consultas marcadas para os pacientes	ASB CEO/Gestão
Falha na comunicação quando o paciente precisa ser reagendado, muitos entram no fim da fila novamente	CD ESF
Falha na contra referência – dificuldade dos usuários para retorno à AB	CD CEO/CD ESF
Falha na pontualidade do pessoal auxiliar	CD CEO
Falha na referência	Gestão
Falha no diagnóstico da AB de quando encaminhar para as especialidades.	CD CEO/Gestão
Falha no sistema de regulação	CD ESF/CD CEO
Falha no suporte das ASB para o CD quando sua ASB está ausente.	CD CEO
Falta de capacitação profissional para uso do tensiômetro	Gestão
Falta de companheirismo entre os colegas de trabalho	ASB CEO
Falta de compromisso de todos do setor para o bom funcionamento da clínica	CD CEO
Falta de computador no setor para registros	CD CEO
Falta de comunicação da gestão com os profissionais a respeito da atualização de portarias e instrumentos de trabalho	CD CEO
Falta de conhecimento por parte dos profissionais dos procedimentos que fazem parte das metas.	Gestão
Falta de conhecimento sobre os serviços/setores da policlínica para prestar informações aos usuários	ASB CEO
Falta de conhecimento sobre quais são os pacientes especiais que devem	ASB CEO

ser atendidos pelo CEO definidos pelo MS	
Falta de cumprimento da carga horária pelas especialidades	Gestão
Falta de interesse do paciente na realização do tratamento	CD ESF/CD CEO
Falta de material de consumo, EPI, instrumental e material de baixa qualidade	ASB CEO/ASB ESF/CD CEO/CD ESF
Falta de reunião de equipe do CEO	CD ESF/Gestão
Falta de um profissional para confirmar a agenda do dia seguinte	CD CEO
Grande fila de espera para os encaminhamentos ao CEO (principalmente endodontia)	Controle social/ASB ESF/CD ESF
Os pacientes que mais faltam as consultas moram em bairros mais distantes	ASB CEO
Paciente encaminhado com condição bucal inadequada para realização do tratamento especializado	CD CEO/Gestão
Pacientes encaminhados para a especialidade errada, pois muitas vezes são encaminhados por outros profissionais da área da saúde	Gestão
Pacientes que chegam ao CEO sem ficha de encaminhamento, data de marcação ou nome do profissional marcado	CD CEO/ASB CEO
Resistência de alguns profissionais para fazer a fila de espera diminuir	Gestão

Fonte: elaboração própria a partir dos relatos do grupo participante.

Após identificados os problemas, para definir aquele que seria o objeto da intervenção, foi orientado que o grupo se debruçasse sobre a lista construída para classificar, priorizar e determinar o problema atribuindo uma nota de zero a dez para os custos político e econômico em caso de adiamento de sua resolução, além do grau de governabilidade sobre o problema. As notas foram então somadas identificando aquele de maior pontuação, que seria provavelmente o escolhido à intervenção.

Essa hierarquização provocou uma polarização das discussões entre alguns cirurgiões-dentistas do CEO e os representantes da gestão. Foi possível perceber uma grande influência da gestão nessa escolha, além de uma baixa participação dos demais componentes do grupo, principalmente do controle social. Cada representante da gestão faz uma defesa dos problemas que consideravam mais importantes para ser construído o plano de intervenção, sendo que a gestão municipal defendeu a falha de comunicação com o paciente, a distrital, por outro lado, pensou em aproveitar que a grande fila de espera (principalmente para endodontia) apareceu como o mais pontuado, para não perder essa oportunidade de discutir e construir soluções, uma vez que é a maior queixa dos profissionais da AB. E a gestão local do serviço defendeu o absenteísmo como sendo o principal, sugerindo que ele conseguiria englobar os cinco mais pontuados.

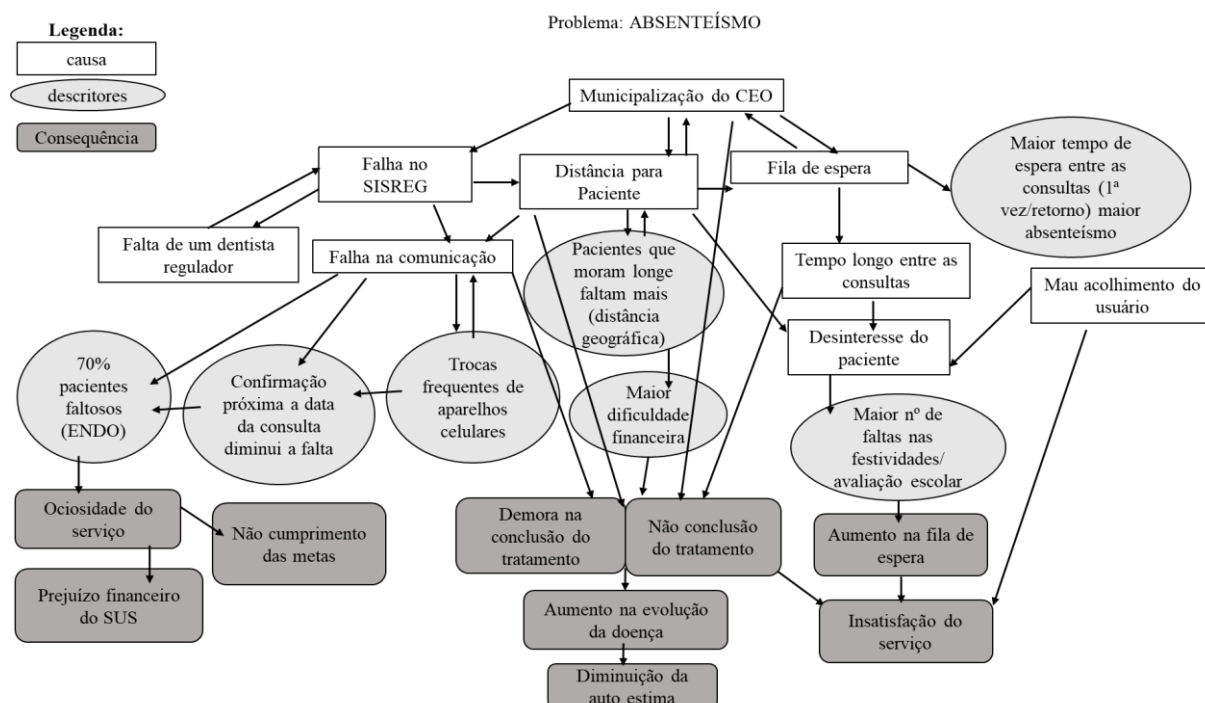
Aconteceram várias discussões em defesa de outros problemas, no entanto, o grupo passou a concordar de que poderiam escolher entre os cinco mais bem pontuados: Grande fila de espera para os encaminhamentos ao CEO, principalmente endodontia; Abertura da regulação para o município; Absenteísmo; Falha na comunicação quando o paciente precisa ser reagendado, muitos entram no fim da fila novamente; Falha na comunicação das consultas

marcadas para os pacientes. Ao mesmo tempo, uma parte dos profissionais do CEO afirma que o grande problema é advindo da central de regulação e da transformação do CEO numa referência municipal. É orientado que para a escolha, o grupo considerasse a governabilidade para resolver o problema.

Foi necessário um tempo considerável para que o grupo entrasse em consenso, nesse sentido, como Matus (1993) afirma em um dos postulados da explicação estratégica, como são vários os atores com capacidades de planejamento diferentes, apresentam, dessa forma, várias explicações da realidade e todas estão condicionadas pela sua situação. O grupo então escolheu o problema do absenteísmo, apontado desde o primeiro encontro, principalmente pela gestão local que em todo o tempo fez sua defesa.

A partir de então, foram sendo estabelecidas as relações de causa, consequência, além da descrição do problema escolhido. Sendo assim, conforme a imagem 01, foi construído o fluxograma situacional que segundo Matus (1993), é uma representação metódica e sintética do conjunto de relações sistêmico-causais mais significativas para a explicação de um problema ou situação.

Figura 1: Fluxograma situacional do problema Absenteísmo, Oficina de Planejamento do Centro de Especialidades Odontológicas, Recife-PE, 2018.



Fonte: elaboração própria a partir da construção do grupo participante das oficinas de planejamento.

O absenteísmo ambulatorial é definido como “o não comparecimento do paciente a um procedimento previamente agendado em unidade de saúde, sem nenhuma notificação” (Bittar et al., 2016, pág. 19). Assim como o grupo identificou como consequências desse atendimento

não realizado, os referidos autores consideraram ser esta uma oportunidade perdida de proporcionar assistência a outro indivíduo, além da perda financeira, comprometimento da imagem desse serviço diante da sociedade, ociosidade dos recursos disponíveis, com aumento das filas de espera.

A partir do fluxograma, foram identificados os nós críticos. Considerado “um subproblema explicado, representado no fluxograma por um nó cuja mudança quantitativa ou qualitativa origina uma alteração significativa das características do vetor de definição do problema explicado” (Matus, 1993, pág. 290), foi possível verificar cinco, no entanto levando em consideração a governabilidade do grupo, foi escolhida a falha de comunicação para iniciar o plano, a partir do qual foi construído o momento normativo.

Foram desenhadas as operações, ações, os responsáveis e equipe de apoio para sua realização, além dos prazos e recursos necessários, conforme sugerido por Bezerra (2012). Ao realizar o compartilhamento da atividade e a consolidação das informações, foram identificadas seis operações englobando 17 ações, conforme Quadro 02 abaixo.

Quadro 2: Operações e ações propostas no momento normativo pelos participantes das oficinas de Planejamento do Centro de Especialidades Odontológicas, Recife-PE, 2018.

Operação	Ações
1 - Apresentação do planejamento para a equipe do CEO	1 - Realizar reunião para apresentar o plano ao restante da equipe do CEO
2 - Atualização cadastral dos usuários nas unidades básicas de saúde	2 - Realizar reunião com Equipes de SB da ESF e Regulação do DS para orientar sobre importância de atualização dos contatos no DS
	3 - Realizar campanha de atualização de cadastros
	4 - Construir folder informativo
	5 - Entregar folder informativo
3 - Confirmação da 1ª consulta	6 - Imprimir planilha do SISREG
	7 - Incluir no SMS do paciente horário e nome do profissional
	8 - Fazer contato telefônico com pelo menos 48h de antecedência
	9 - Enviar planilha de usuários agendados de endodontia para AB do DS
4 - Confirmação da consulta de retorno	10 - Registrar os telefones dos usuários no livro de agendamentos
	11 - Fazer contato telefônico com pelo menos 48h de antecedência
	12 - Registrar o resultado do contato telefônico
5 - Intervenção na lista de espera	13 - Solicitar à regulação a lista de espera
	14 - Marcar pacientes através de contato telefônico
	15 - Informar a Regulação a marcação da consulta
6 - Implantação da recepção	16 - Solicitar a implantação da recepção à direção da policlínica
	17 - Implantar a recepção.

Fonte: elaboração própria a partir da construção do grupo participante das oficinas de planejamento.

Sendo o absenteísmo um problema comum na rede de atenção à saúde no Brasil, uma das estratégias utilizadas para diminuir a ociosidade resultante das faltas dos pacientes é o agendamento de usuários excedentes, em alguns casos podendo alcançar o dobro de usuários em relação à oferta de serviço (Laroque, Fassa, Castilhos, 2015), no entanto, nenhuma ação

dessa natureza foi proposta, além disso, entre as 17 ações, apenas uma ficou sob a responsabilidade da equipe do CEO, no que dizia respeito ao registro dos telefones dos pacientes, atividade que revelaram já fazer parte do cotidiano do serviço. As demais se dividiram entre os representantes da gestão. Ao serem questionados, os profissionais afirmaram que entre as escolhidas, nenhuma seria de sua responsabilidade, a não ser cumprir suas metas de atendimento.

Nós somos responsáveis por atender os pacientes. [...] porque o que tem aí não dá pra gente fazer... (CD CEO B)

Veja só aí o dentista vai ter que cumprir as metas dele. [...] tudo isso tá arrumando pra vocês conseguirem cumprir as metas. (CD ESF A)

Conscientização dos pacientes, informar pra eles quando estiverem marcando que sempre atualizem os telefones e que se preocupem com isso, entendeu? Essa é a nossa função. Nos demais, as ações que a gente colocou aí eu não vejo onde o dentista poderia entrar não. (CD CEO C)

É necessária a construção de um processo de corresponsabilização entre profissionais, usuários e gestores na definição e realização da atenção à saúde (Scherer, Pires, Schwartz, 2009) e como afirmou Matus (1993), a participação no planejamento faz de sua elaboração uma ferramenta de adesão e compromisso político, munindo-o de força e legitimidade. Apesar de considerar esses preceitos, os demais participantes pareceram não se reconhecer como responsáveis por mais nenhuma das ações propostas por eles, tampouco criaram novas alternativas.

Ao analisar estratégias para motivar os atores envolvidos no apoio à realização das ações estabelecidas, foram sugeridos benefícios de folgas para os que iriam estabelecer contato com o paciente, sensibilização das equipes de regulação acerca do absenteísmo, além da equipe do CEO para mostrar a importância do cumprimento de metas e desempenho dos servidores através de reuniões e apresentação de relatórios. Surge então uma discussão de que não há nenhum efeito sobre os profissionais que não estão cumprindo as metas, refletindo inclusive nas reuniões de negociação salarial da categoria, além de uma parecerem ser um reflexo do cumprimento da carga horária.

A própria categoria ela tem mais força pra pedir aumento se ela mostra resultado. Hoje a gente está numa situação na prefeitura que não adianta estar ali lutando por aumento, se os resultados da gente estão ruins. (CD ESF A)

Pra mim, assiduidade, pontualidade, produtividade estão juntos. [...] Eu fiz o concurso, passei e o salário é esse. Se vai o prefeito melhorar ou não, se o governador, se o presidente da república, não me interessa... [...], mas nunca aconteceu nada, nunca mexeu em ninguém... ninguém nunca foi punido. (Gestão A)

Ao evidenciarem uma baixa utilização de serviços públicos odontológicos especializados em alguns CEO da Bahia, Chaves et al., (2011) sugeriram que essa situação pode ser um reflexo de problemas de gestão do serviço, além disso um sistema de remuneração fixa poderia estar desanimando os profissionais a cumprirem as metas mínimas de oferta dos serviços, também sugerem uma relação entre o não cumprimento da carga horária real dos profissionais e as baixas taxas de utilização entre os serviços analisados.

Compondo o momento estratégico, o próximo passo foi identificar a viabilidade do plano sob a ótica dos recursos disponíveis (político, organizativo, cognitivo e financeiro) para cada operação, bem como seu produto, resultado, eficiência e eficácia. Na ação correspondente à construção do material informativo o grupo analisou que não possuía recurso financeiro, além disso na implantação da recepção, o grupo relatou possuir apenas o recurso cognitivo para sua execução. Considerando eficiência como uma relação dos recursos com o produto da operação e eficácia como a capacidade do produto para alterar favoravelmente a definição do problema (Matus, 1993), para todas as operações desenhadas, o grupo atribuiu eficiência e eficácia altas.

De acordo com o método, o momento tático-operacional é o fazer e nele se produz a mediação entre o conhecimento e a ação (Matus, 1993), de tal modo, foram estabelecidas as metas, o período para serem implantadas as operações e ações estabelecidas e em que locais elas seriam disponibilizadas para o restante dos interessados.

Após um prazo de três meses pactuado com o grupo, foi realizado um novo encontro para avaliar o cumprimento do que foi proposto no plano. Estiveram nesse momento nove dos dezesseis participantes, entre eles da gestão do CEO, profissionais do CEO e profissional da ESF. As ações foram classificadas como cumpridas, quando realizadas dentro do prazo estabelecido e não cumpridas quando não realizadas. Dentre as 17 ações pactuadas, quatro foram cumpridas e 11 não cumpridas, duas delas ainda estavam dentro do prazo.

Entre as ações que foram cumpridas encontram-se a realização de reunião para apresentar o plano ao restante da equipe do CEO, a realização de reunião com ESB da ESF e regulação do DS para orientar sobre a importância de atualização dos contatos no DS, registro dos telefones dos usuários no livro de agendamentos e fazer contato telefônico com os usuários com pelo menos 48h de antecedência. As ações relacionadas à implantação da recepção ainda estavam dentro do prazo previsto. As demais não foram cumpridas.

Durante realização da primeira ação, a apresentação do plano para a equipe do CEO, um representante da gestão interna da policlínica alertou que as operações de confirmação da primeira consulta e intervenção na lista de espera propostas não seguiam as normas do

estabelecimento, evidenciando que na contextualização do problema e na construção de ações para resolvê-lo, não foram consideradas informações importantes sobre a policlínica ao qual o CEO é subordinado. Desse modo, foi marcada uma reunião para o CEO se ajustar ao padrão utilizado pelos demais ambulatorios, no entanto pareceu não haver um consenso com as propostas do plano, tampouco foram sugeridas alternativas para resolver o problema.

Reflexão sobre o processo de construção do plano local no CEO

A construção do plano local no CEO permitiu identificar uma percepção de que o planejamento possibilita compreender a realidade, os problemas e quais as possíveis soluções para intervir na situação.

O PES da gente tem que estar no chão mesmo. Então é muito do pé no chão, da gente fazer essa árvore de problemas e trazer para a nossa realidade o que a gente pode fazer. Então acho que cada um aqui contribuiu com o que pôde e a gente está disposto a colocar em prática e vencer é... caso tenha algumas dificuldades maiores, a gente, em equipe, conseguir construir o melhor para os nossos usuários (Gestão A).

Esse planejamento vai beneficiar quem não causou o problema, que é o usuário. Quem causou são os políticos que não fizeram planejamento. A gente está aqui planejando pra beneficiar aqueles que estão precisando. (Usuário)

Para alguns, essa construção inicialmente parecia distante do cotidiano, no entanto apresentou-se com uma profundidade maior do que era esperado inicialmente. Da elaboração em conjunto com outros atores emergiu também um compromisso com o que foi planejado, visto ter sido um plano pensado e construído a partir do olhar para a realidade.

É mais um aprendizado, principalmente pra gente que não tinha noção de nada, de como é que ia ser... [...] a gente não tinha ideia, na realidade não tinha o que se esperar. Ficava tudo na expectativa de como ia ser. (ASB CEO A)

Pra mim teve uma profundidade muito maior do que eu imaginava. Gostei muito desse momento, eu acho que me enriqueceu bastante. Eu gostei bastante também desse trabalho em grupo, eu acho que foi muito dinâmico e muito produtivo. (CD CEO C)

E a gente aqui quando começa a fazer esse trabalho em grupo, dessa maneira desse planejamento e participa ativamente dele, então acaba tendo que se comprometer, não tem pra onde correr. É diferente de quando o planejamento chega pronto e diz: execute! Então, é muito diferente. Porque aqui foi criado, todos os problemas foram levantados por nós, todas as metas por nós, então é muito diferente (Gestão B)

Os princípios do planejamento não podem desprezar os outros atores que governam e planejam, e o conflito que aí surge, o processo de planejamento real consiste num cálculo permanente que precede e preside as ações dos atores em conflito (Matus, 1993), nesse sentido, foram evidenciados momentos próprios das relações estabelecidas entre os participantes no processo de planejar.

É muito difícil a gente trabalhar em grupo. E esses momentos assim é onde a gente vê que um se exaltou o outro foi contra... isso aí assim... é deixar que a vida é assim mesmo. A gente vai encontrar muitas barreiras, muitas dificuldades [...] tem que ter o pé no chão, serviço público não vai ser 100% pra todo mundo. (CD ESF A)

Gestores e profissionais devem ser estimulados a realizar suas ações com a aplicação de instrumentos que possibilitem o desenvolvimento de habilidades para a reflexão crítica e que possam ser sujeitos na transformação do seu processo de trabalho (Silva et al., 2016). Nesse sentido, foi possível perceber que os participantes consideram possível uma mudança no olhar para o cotidiano do trabalho com uma percepção ampliada para considerar as diferentes realidades que o influenciam.

Uma coisa é você saber que problemas existem, outra coisa é você saber quais os problemas, qual é a dimensão e mais que isso você ter a oportunidade de focar, de trabalhar aqueles problemas e aí tem muito mais chance de dinamizar, de procurar as soluções, de melhorar, de se comprometer porque você já identificou. (CD CEO D)

A gente aqui tem a oportunidade de um ver a realidade do outro, ver a realidade que eles vivem aqui no CEO, ver um pouco da realidade que a gente vive na AB, e o setor do conselho usuário, também vem pra ver que não é tão simples assim, tem a complexidade. (Gestão B)

Estabelecido um período para colocar as ações em prática o grupo estava visivelmente frustrado durante o monitoramento do plano, devido ao fato de não conseguir avançar no cumprimento das metas.

Não deu nada certo aí... nada certo. A gente faz isso aí... minha gente, não adianta nada. Me dá tanto abuso olhar pra isso aí, porque a gente não tem... [...] governabilidade nenhuma, a gente planeja um bocado de coisa, mas é tudo tão engessado... tão engessado... que não sai do lugar.... as coisas são engessadas. (CD CEO A)

A gente planejou uma coisa, eles não acataram nosso planejamento e botaram dificuldade (Gestão A)

A gente através dessa análise identificou todos os pontos, as falhas, no que se pode melhorar, agora se não tá melhorando a gente vai ter que criar novas alternativas... como está sendo buscado, outros caminhos... (CD CEO D)

Portanto, conforme se observa e considerando também o que foi afirmado por Tanaka, Tamaki (2012), a tomada de decisão na gestão em saúde é complexa e carrega consigo muitas subjetividades e incertezas, e apenas a decisão não basta para resolver um problema, para atingir o objetivo é preciso agir e levar em consideração tanto questões internas como externas. No entanto, assim como Mattos (2010) afirmou, ao realizar uma análise dos elementos que constituem o PES, esse cálculo sistemático proposto pelo planejamento amplia as possibilidades de aprender também com os erros, ainda que a proposta não funcione, pois, esse método opera no sentido do aprimoramento do repertório de quem planeja.

Considerações finais

O processo de construção de um plano local no CEO permitiu identificar as visões de vários atores acerca dos problemas que interferem na rotina destes serviços para além das avaliações fundamentadas em registros baseados apenas nos sistemas de informações disponíveis. Propiciou também uma maior integração da academia com os serviços de saúde, articulando teoria e prática ao propor e conduzir junto aos participantes uma intervenção no intuito de melhorar a qualidade do serviço.

Mesmo reconhecendo que o estudo em questão reflete uma situação local e que não pode ser extrapolado para os demais, foi possível verificar que apesar do planejamento ser considerado uma ferramenta importante para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, é uma atividade pouco realizada no cotidiano do CEO. Apesar do baixo cumprimento das metas estabelecidas, a intervenção proposta permitiu inserir o método de planejamento estratégico situacional como uma possibilidade para o empoderamento dessa equipe acerca dos problemas que têm impedido a resolutividade do serviço, o reconhecimento desse contexto, além de contribuir para fortalecimento da gestão local desta importante estratégia para garantir a integralidade da atenção.

Referências

- ALMEIDA, A. B. de; ALVES, M. da S.; LEITE, I. C. G. Reflexões sobre os desafios da odontologia no Sistema Único de Saúde. *Revista de APS*, v. 13, n. 1, 2010.
- ARTMANN, E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. *Cadernos da Oficina Social*, v. 3, n. 1, p. 98-119, 2000.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo (ed. revista e ampliada) (L. Reto & A. Pinheiro, trads.). **Lisboa: Edições**, v. 70, 2011.
- BEZERRA, A. F. B. Métodos e técnicas de planejamento em saúde. In: GOES, P. S. A.; MOYSÉS, S. J. (Org.). *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 2012. Pag. 45 – 53.
- BITTAR, T. O. et al. O PES e a construção de uma Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*, v. 14, n. 1, 2009.
- BORDIN, D. et al. Considerações de profissionais e usuários sobre o serviço público odontológico: um aporte para o planejamento em saúde. *Revista de APS*, v. 19, n. 2, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: *Ministério da Saúde*, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm>. Acesso em 03 jan. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.464, de 24 de junho 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, 11 jun. 2011. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464_24_06_2011.html>. Acesso em: 03 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.599/GM, de 30 de março de 2015. Dispõe sobre o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas e define a implantação de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 mar. 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1599_30_09_2015.html>. Acesso em: 03 jan. 19.

CAVALCANTI, Y.W. et al. Planejamento em saúde bucal no município de João Pessoa, Estado da Paraíba: o cirurgião-dentista enquanto protagonista da atenção básica. *Acta Scientiarum: Health Sciences*, v. 34, n. 2, p. 221-225, 2012.

CHAVES, S. C. L. et al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, p. 143-154, 2011.

CRUZ, D. F. da et al. A linha do cuidado em saúde bucal no município de João Pessoa: uma análise de indicadores. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, v. 11, n. 2, 2011.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. de. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, p. 259-267, 2009.

FLICK, Uwe. Grupos Focais. In: FLICK, Uwe Introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GOES P. S. A. de et al. Abordagem comunitária da prática em saúde bucal. In: KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T. (Orgs.); MORITA, M. C. (Cord.); GOES P. S. A. de (Autor). *Gestão da Prática em Saúde Bucal [Recurso Eletrônico]*. São Paulo: Artes Médicas, 2014. p. 35-56.

KITAMURA, E. S. et al. Avaliação da satisfação dos usuários dos Centros de Especialidades Odontológicas da macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 25, n. 1, p. 137-148, 2016.

KITZINGER, J. Grupos Focais. In: POPE, C.; MAYS, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 33-43

LAROQUE, M. B.; FASSA, A. G.; CASTILHOS, E. D. de. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal do Centro de Especialidades Odontológicas de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 24, p. 421-430, 2015. Lino et al., 2014

LUCENA, E. H. G. de. Centros de Especialidades Odontológicas (CEO): análise a partir dos relatos de planejamento e resultados dos indicadores no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO). 2016. 153f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

MACHADO, C. V. et al. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010.

- MACHADO, F. C. de A.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. A. F. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 4, 2015.
- MATTOS, R. A. de. (Re) visitando alguns elementos do enfoque situacional: um exame crítico de algumas das contribuições de Carlos Matus. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 2327-2336, 2010.
- MATUS, C. Política, Planejamento & Governo. Brasília: IPEA, 1993
- NUNES, M. de F. et al. PMAQ-CEO External Evaluation: Revealing Indicators for Planning Services. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, v. 18, n. 1, p. 3178, 2018.
- PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. *Tratado de saúde coletiva*, v. 2, p. 767-82, 2006.
- PADILHA, W. W. N. et al. Planejamento e programação odontológicos no Programa Saúde da Família do Estado da Paraíba: estudo qualitativo. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, v. 5, n. 1, 2005.
- PIRES, A. L. C. et al. Atenção secundária em saúde bucal no Rio Grande do Sul: análise descritiva da produção especializada em municípios com Centros de Especialidades Odontológicas com base no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*, v. 20, n. 3, 2015.
- POSSAMAI, T. et al. Ações secundárias em saúde bucal: análise do Centro de Especialidades Odontológicas de um município do interior do Paraná, Brasil. *Revista de APS*, v. 18, n. 3, 2016.
- RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propósitos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- SÁ, C. R. de et al. Planejamento em saúde bucal na atenção primária à saúde: da teoria à prática. *Revista de APS*, v. 18, n. 1, 2015.
- SANTOS, L. X. Avaliação inicial do uso de uma ferramenta webased para o planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em Pernambuco, 2014. 2015. 180f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015
- SCHERER, M. D. dos A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, p. 721-725, 2009.
- SILVA A. N. da et al. A importância das Ações de Gestão na Organização do Trabalho nos CEO. In: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. de; MARTELLI, P. J. de L. (Orgs). Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil. Recife: editora UFPE, 2016. Pág. 100-138
- TAGLIAFERRO, E. P. da S. et al. Planejamento em saúde bucal na cidade de Piracicaba, SP: estudo de caso. *Arq. odontol*, v. 41, n. 4, p. 339-352, 2005.
- TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 821-828, 2012.
- TEIXEIRA, C. *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010.

TEIXEIRA, C. F. Produção científica na área de Política, Planejamento e Gestão em saúde 1975 – 2010: temas e teorias. In: BAPTISTA, T. W. de F.; AZEVEDO, C. da S.; MACHADO, C. V. *Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015. Pág. 81 – 111.

THIOLLENT, M. Pesquisa-ação nas organizações. São Paulo:Atlas, 1997.

THOMAZ, E. B. A. F. et al. Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 25, p. 807-818, 2016.

6 CONCLUSÕES

A análise dos dados do estudo permitiu identificar um panorama dos CEO da cidade do Recife. Foi possível identificar que em sua maioria eram do tipo II e que houve um crescimento em número desses estabelecimentos no período de 2008 a 2017. No entanto, apesar do crescimento, nenhum dos estabelecimentos cumpriu todas as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, apresentando os maiores percentuais de desempenho entre regular, ruim e péssimo, sendo as mais frequentemente cumpridas aquelas relacionadas aos procedimentos de atenção básica.

A partir dessa análise, pôde ser definido o estabelecimento participante da construção de um plano de intervenção local. O CEO em estudo apresentou uma diminuição na quantidade de metas cumpridas com o tempo, que em 2008 eram três, e em 2017 apenas uma, relativa aos procedimentos básicos. Essa situação é preocupante, visto que os CEO do município não estão cumprindo sua função de garantir a continuidade do trabalho realizado na rede de atenção básica.

Quando analisados do ponto de vista dos componentes de qualidade do CEO e de acordo com o olhar do gerente, parece haver dificuldade de acesso e uso dos serviços e na garantia de referência e contrarreferência, além de uma baixa participação e escuta das necessidades dos usuários.

Essas análises também contribuíram para compor as informações do serviço na construção do plano local. Apesar de não refletirem todo o contexto situacional do serviço, utilizar os dados disponíveis nos sistemas de informações pode ser uma importante ferramenta no cotidiano de gestores, profissionais, usuários e pesquisadores interessados em conhecer melhor a realidade local, auxiliando no planejamento de atividades, na tentativa de evitar o imprevisto e o “apagar de incêndios” do dia a dia da gestão dos serviços, além de contribuir para uma tomada de decisão apropriada ao contexto analisado.

Na construção do plano local no CEO, foi possível identificar as visões de vários atores acerca dos problemas que interferem na rotina dos serviços de saúde bucal do município para além das avaliações fundamentadas nos registros em sistemas de informações disponíveis. Mesmo com um baixo cumprimento das metas estabelecidas no plano proposto para reduzir o absenteísmo no CEO, a intervenção proposta permitiu ampliar o olhar dessa equipe para o reconhecimento deste serviço tão importante no fortalecimento da rede de atenção à saúde bucal, tanto no que diz respeito às discussões acerca das análises quantitativas e as possíveis falhas no processo de construção dessa informação, quanto aos aspectos

próprios do serviço permitindo uma maior integração com outros pontos dessa rede, como gestão municipal, comunidade, atenção básica, além da academia, articulando teoria e prática.

É preciso reconhecer que a pesquisa em questão reflete uma situação local, não sendo possível extrapolar para outros contextos. E, embora o planejamento seja considerado uma ferramenta importante para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, é uma atividade pouco realizada no cotidiano do CEO, no entanto, a oportunidade de construir um plano permitiu ao grupo uma melhor compreensão da realidade, dos problemas a enfrentar e das possibilidades de estratégias para intervir, semeando entre eles um compromisso com o que foi planejado e com a melhoria da qualidade do CEO. Esse espaço de discussão, ao promover uma elaboração compartilhada com os vários atores, além de permitir diferentes percepções, induz a um maior compromisso com o fortalecimento dos serviços e com toda a construção de conhecimento que vem sendo realizada ao longo dos anos, especialmente em uma conjuntura de ameaças ao sistema de saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

- AGUILERA, Sandra Lúcia Vieira Ulinski; FRANÇA, Beatriz Helena Sottile; MOYSÉS, Simone Tetu; MOYSÉS, Samuel Jorge. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Revista de Administração Pública**, v. 47, n. 4, p. 1021-1040, 2013.
- ALMEIDA, Anderson Barbosa de; ALVES, Marcelo da Silva; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. Reflexões sobre os desafios da odontologia no Sistema Único de Saúde. **Revista de APS**, v. 13, n. 1, 2010.
- ANUNCIAÇÃO, Fábio Costa da; SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de. Planejamento em saúde percepções e entendimentos sobre o plano municipal de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 4, out/dez, 2011.
- ARAÚJO, Denis Bezerra de; MENEZES, Léa Maria Bezerra de; SOUSA, Denise Lins de. Atenção secundária em saúde bucal e a implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas em um estado do Nordeste, Brasil. **RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online)**, v. 60, n. 1, p. 49-54, 2012.
- ARTMANN, Elizabeth. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. **Cadernos da Oficina Social**, v. 3, n. 1, p. 98-119, 2000.
- BAHIA, Ligia. Afinidades comunicativas e as políticas de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, agosto, 2010.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo (ed. revista e ampliada) (L. Reto & A. Pinheiro, trads.). **Lisboa: Edições**, v. 70, 2011.
- BARROS, Aluísio JD; BERTOLDI, Andréa D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, p. 709-717, 2002.
- BASTOS, Patricia Goulart Scheidt; SONEGO, Fernanda Guglielmi Faustini; SORATTO, Maria Tereza. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM SAÚDE BUCAL. **Inova Saúde**, v. 2, n. 1, 2013.
- BERRETTA, Isabel Quint; LACERDA, Josimari Telino de; CALVO, Maria Cristina Marino. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2143-2154, 2011.
- BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin. Métodos e técnicas de planejamento em saúde. In: GOES, Paulo Sávio Angeiras; MOYSÉS, Samuel Jorge. (Org.). **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012. Pag. 45 – 53.
- BITTAR, Telmo Oliveira; MIALHE, Fábio Luiz; MENEZES, Marcelo de Castro; PEREIRA, Antônio Carlos; FORNAZARI, Denise Helena. O PES e a construção de uma Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 14, n. 1, 2009.

BORDIN, Danielle; FADEL, Cristina Berger; MOIMAZ, Suzely Adas Saliba; GARBIN, Cléa Adas Saliba; SALIBA, Nemre Adas. Considerações de profissionais e usuários sobre o serviço público odontológico: um aporte para o planejamento em saúde. **Revista de APS**, v. 19, n. 2, 2016.

BORGHI, Gabriela Novo; VAZQUEZ, Fabiana de Lima; CORTELLAZZI, Karine Laura; GUERRA, Luciane Miranda; BULGARELI, Jaqueline Vilela; PEREIRA, Antônio Carlos. A avaliação do sistema de referência e contrarreferência na atenção secundária em Odontologia. **RFO UPF**, v. 18, n. 2, p. 154-159, 2013.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde, 7. Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. 280 p.

BRASIL. 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal - Relatório Final. Brasília, DF. 1986

BRASIL. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988 137 p.

BRASIL. 2ª **Conferência nacional de saúde bucal**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde. 1993.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União 1990; 19 set.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: cárie dental. 1996**. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sbucal/sbdescr.htm> >. Acesso em: dez. 2018.

BRASIL. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria nº 1570/GM, 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006. **Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. Portaria nº 3.085 de 1 de dezembro de 2006. **Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS**. Brasília: Diário Oficial da União, 2006.

BRASIL. Portaria nº 3.332 de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria nº 376 de 16 de fevereiro de 2007. Institui incentivo financeiro para o Sistema de Planejamento do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Portaria nº 1.464 de 24 de junho 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). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. **Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO):** Manual instrutivo. Brasília, 2013. 34p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO):** Instrumento de Avaliação Externa para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Brasília, 2013. 45p.

BRASIL. Portaria nº 1.599/GM, de 30 de março de 2015. **Dispõe sobre o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas e define a implantação de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO).** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAMPOS, Rosana Onocko. Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, out/dez, 2000.

CARRER, Fernanda Campos de Almeida; CAYETANO, Maristela Honório; GABRIEL, Mariana; MELANI, Andrea Carla Franchini; MARTINS, Julie Silvia; ARAÚJO, Maria Ercília de. Situation of Endodontics in the Public Health Service in Brazil through the Access and Quality Improvement Program (PMAQ-CEO). **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 18, n. 1, p. 3198, 2018.

CASTRO, Adriana Miranda de; SPERANDIO, Ana Maria G.; GOSCH, Cristiane Scolari; ROCHA, Dais Gonçalves; CRUZ, Danielle Keylla Alencar; MALTA, Deborah Carvalho; ALBUQUERQUE, Geórgia Maria de; ZANCAN, Lenira; WESTPHAL, Márcia; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; DURÁN, Paulo Renato Flores; SÁ, Ronice Franco de; MENDES, Rosilda; MOYSÉS, Simone Tetu; MARCONDES, Willer. Planejamento em Promoção da Saúde no SUS. In: CASTRO, Adriana Miranda de et al. (org). Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde. Brasília: CEAD/UnB, 2010.

CAVALCANTI, Yuri Wanderley; JÚNIOR, Ronaldo Lira; DELMONDES, Laryza Neves; PRADO, Rossana Leal do; PADILHA, Wilton Wilney Nascimento. Planejamento em saúde bucal no município de João Pessoa, Estado da Paraíba: o cirurgião-dentista enquanto protagonista da atenção básica. **Acta Scientiarum: Health Sciences**, v. 34, n. 2, p. 221-225, 2012.

CAVALCANTI, Yuri Wanderley; CARDOSO, Andreia Medeiros Rodrigues; PADILHA, Wilton Wilney Nascimento. Satisfaction, Resolution and Social Participation of users of Centers for Dental Specialties in Brazil: A PMAQ-CEO Analysis. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 18, n. 1, p. 3774, 2018.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. É preciso politizar o SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2275-2284, Aug. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500041&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232010155.12082015>.

CELESTE, Roger Keller; MOURA, Flávio Renato Reis de; SANTOS, Carolina Paiva; TOVO, Maximiano Ferreira. Análise da produção ambulatorial em municípios com e sem centros de especialidades odontológicas no Brasil em 2010. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro. Vol. 30, n. 3 (mar. 2014), p. 511-521, 2014.

CHAVES, Sônia Cristina Lima; BARROS, Sandra Garrido de; CRUZ, Denise Nogueira; FIGUEIREDO, Andreia Cristina Leal; MOURA, Bárbara Laisa Alves; CANGUSSU, Maria Cristina Teixeira. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p. 1005-1013, 2010.

CHAVES, Sônia Cristina Lima; CRUZ, Denise Nogueira; BARROS, Sandra Garrido de; FIGUEIREDO, Andreia Leal. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro. Vol. 27, n. 1 (jan. 2011), p. 143-154, 2011.

CHAVES, Sônia Cristina Lima; SOARES, Felipe Fagundes; ROSSI, Thais Regis Aranha; CANGUSSU, Maria Cristina Teixeira; FIGUEIREDO, Andreia Cristina Leal; CRUZ, Denise Nogueira; CURY, Patrícia Ramos. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, 2012.

COLUSSI, Claudia Flemming; CALVO, Maria Cristina Marino. Avaliação da Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma revisão da literatura [Evaluation in Oral Health Care in Brazil: a review of the literature]. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 3, n. 1, p. 92-100, 2012.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & saúde coletiva**, v. 11, p. 705-711, 2006.

CORTELLAZZI, Karine Laura; BALBINO, Edna Cesar; GUERRA, Luciane Miranda; VAZQUEZ, Fabiana de Lima; BULGARELI, Jaqueline Vilela; AMBROSANO, Glaucia Maria Bovi; PEREIRA, Antonio Carlos; MIALHE, Fábio Luiz. Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 978-988, 2014.

COSTA, José Felipe Riani; CHAGAS, Luciana de Deus; SILVESTRE, Rosa Maria. A saúde Bucal na atualidade: a Política Brasil Sorridente. In: COSTA, José Felipe Riani; CHAGAS, Luciana de Deus; SILVESTRE, Rosa Maria (orgs.). A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

CRUZ, Danilson Ferreira da; PRADO, Rosana Leal do; VALENÇA, Ana Maria Gondim; MACHADO, Liliane dos Santos. A linha do cuidado em saúde bucal no município de João Pessoa: uma análise de indicadores. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 11, n. 2, 2011.

DALCIN, Margarida; GOULART, Gyovana da Rosa; MAGAJEWSKI, Flávio Ricardo Liberali. Planejamento local no cotidiano das equipes de saúde da família em Joinville-SC. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 114-122, 2010.

DIAS, Regina Celia; GIORDANO, Carlos Vital; SIMÕES, Fabrício; VARELA, Patrícia. Impacto do planejamento estratégico situacional em um ambulatório de atenção especializada. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 1, n. 1, p. 83-96, 2012.

FEKETE, Maria Christina. Bases conceituais e metodológicas do planejamento em saúde. In: *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Brasil: Ministério da Saúde, 2001.

FELISBERTO, Eronildo. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, jul/set, 2004.

FERNANDES, Emerson Siqueira Pena; GOES, Paulo Savio Angeiras; FIGUEIREDO, Nilcema. Evaluation of Specialized Oral Health Procedures Performed in Brazil in the Period from 2008 to 2012. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 18, n. 1, p. 3358, 2018.

FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, Paulo Sávio Angeiras de. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 259-267, 2009.

FLICK, Uwe. Grupos Focais. In: *FLICK, Uwe Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREITAS, Cláudia Helena Soares de Moraes; LEMOS, George Azevedo; PESSOA, Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes; ARAÚJO, Marcílio Ferreira de; FORTE, Franklin Delano Soares. Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 131-143, 2016.

GIOVANELLA, Ligia. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, 1990.

GIOVANELLA, Lígia. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, Mar. 1991.

GOES, Paulo Sávio Angeiras de; FIGUEIREDO, Nilcema; NEVES, Jerlucia Cavalcanti das; SILVEIRA, Fabiana Moura da Motta; COSTA, José Felipe Riani; PUCCA JÚNIOR, Gilberto Alfredo; ROSALES, Maritza Sosa. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. supl, p. s81-s89, 2012.

GOES, Paulo Sávio Angeiras de; FIGUEIREDO, Nilcema; GASPARG, Gabriela da Silveira; CAVALCANTI, Ronald Pereira Cavalcanti. Abordagem comunitária da prática em saúde bucal. In: *KRIGER, Léo.; MOYSÉS, Samuel Jorge; MOYSÉS, Simone Tetu. (Orgs.); MORITA, Maria Celeste (Cord.); GOES, Paulo Sávio Angeiras de (Autor). Gestão da Prática em Saúde Bucal [Recurso Eletrônico]*. São Paulo: Artes Médicas, 2014. p. 35-56.

GOES, Paulo Sávio Angeiras de; CAVALCANTI, Ronald Pereira; CRUZ, Danilson Ferreira da; ALMEIDA, Leopoldina de Fátima Dantas de; PADILHA, Wilton Wilney Nascimento.

The Regulation of Services in Secondary Oral Health Care in Brazil. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 18, n. 1, p. 3537, 2018.

GREENWOOD, Davydd J.; LEVIN, Morten. Reconstruindo as relações entre as universidades e a sociedade por meio da Pesquisa-ação. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: Teorias e Abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006. P. 91-113.

HERKRATH, Fernando José; HERKRATH, Ana Paula Corrêa de Queiroz; COSTA, Lívea Nancy Bulcão da Silva; GOLÇALVES, Maria Jacirema Ferreira. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas frente ao quadro sociodemográfico dos municípios do Amazonas, Brasil, 2009. *Saúde em Debate*, v. 37, p. 148-158, 2013.

IIDA, Itiro. Planejamento estratégico situacional. **Production**, v. 3, n. 2, p. 113-125, 1993.

JESUS, Washington Luiz Abreu de; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Planejamento estadual no SUS: o caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010.

JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. **Desafios do planejamento na construção do SUS**. Salvador: EDUFBA, 2011.

JESUS, Washington Luiz Abreu de; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Planejamento governamental em saúde no estado da Bahia, Brasil: atores políticos, jogo social e aprendizado institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3839-3848, 2014.

KITAMURA, Elisa Shizuê; BASTOS, Ronaldo Rocha; PALMA, Pamella Valente; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. Avaliação da satisfação dos usuários dos Centros de Especialidades Odontológicas da macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 1, p. 137-148, 2016.

KITZINGER, Jenny. Grupos Focais. In: POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 33-43

LAFER, Celso. O Planejamento no Brasil – Observações sobre o Plano de Metas (1956-1961). In: LAFER, Betty Mindlin. Planejamento no Brasil. São Paulo: Editora Perspectiva, 1984.

LAROQUE, Mariane Baltassare; FASSA, Anaclaudia Gastal; CASTILHOS, Eduardo Dickie de. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal do Centro de Especialidades Odontológicas de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 24, p. 421-430, 2015.

LAVALLE, Jorge Leiva. Instituciones e instrumentos para el planeamento gubernamental en América Latina. CARDOSO JR, José Celso (org). A reinvenção do planejamento governamental no Brasil. Brasília: Ipea, 2011.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & saúde coletiva**, v. 6, p. 269-291, 2001.

LIMA, Ana Carolina Silva de; CABRAL, Etenildo Dantas; VASCONCELOS, Marcia Maria Vendiciano Barbosa. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 991-1002, 2010.

LIMA, Suzianne Vizentin; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço; SARDINHA, Denise Silva S. Planejamento estratégico elaborado juntamente com a equipe de enfermagem de um hospital de médio porte. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, p. 138-144, 2008.

LINO, Patrícia Azevedo. WERNECK, Marcos Aeredo Furquim; LUCAS, Simone Dutra; ABREU, Mauro Henrique Nogueira Guimarães de. Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3879-3888, 2014.

LUCENA, Edson Hilan Gomes de. Centros de Especialidades Odontológicas (CEO): análise a partir dos relatos de planejamento e resultados dos indicadores no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO). 2016. 153f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; LIMA, Luciana Dias de. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2367-2382, 2010.

MACHADO, Flávia Christiane de Azevedo; SILVA, Janmille Valdevino; FERREIRA, Maria Ângela Fernandes. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, 2015.

MAGALHÃES, Bruno Gama; OLIVEIRA, Raquel Santos de; GASPAR, Gabriela da Silveira; FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, Paulo Sávio Angeiras de. Avaliação do cumprimento de atenção secundária em saúde bucal. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, v. 12, n. 1, 2012.

MAGALHÃES, Bruno Gama; OLIVEIRA, Raquel Santos de; GOES, Paulo Sávio Angeiras de; FIGUEIREDO, Nilcema. Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, 2015.

MANFREDINI, Marco Antônio. Planejamento em saúde bucal e programação local. In: PEREIRA, Antônio Carlos. **Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia**. Nova Odessa: Napoleão, 2009. Pág. 97 – 109.

MARTÍNEZ, Henny Luz Heredia; ARTMANN, Elizabeth; PORTO, Silvia Marta. Enfoque comunicativo del Planeamiento Estratégico Situacional en el nivel local: salud y equidad en Venezuela. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 1194-1206, 2010.

MATTOS, Ruben Araújo de. (Re) visitando alguns elementos do enfoque situacional: um exame crítico de algumas das contribuições de Carlos Matus. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2327-2336, 2010.

MATUS, Carlos. **Política, Planejamento & Governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MERHY, Emerson Elias. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. **Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade**, p. 117-119, 1995.

MORRIS, A. J.; BURKE, F. J. T. Health policy: Primary and secondary dental care: The nature of the interface. **British Dental Journal**, v. 191, n. 12, p. 660, 2001.

MORRIS, A. J.; BURKE, F. J. T. health policy: Primary and secondary dental care: how ideal is the interface?. **British dental journal**, v. 191, n. 12, p. 666, 2001b.

NARVAI, Paulo Capel; FRAZÃO, Paulo. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2008.

NUNES, Maria de Fátima; FRANÇA, Mary Anne de Souza Alves; WERNECK, Marcos Azeredo Furquim; GOES, Paulo Sávio Angeiras de. PMAQ-CEO External Evaluation: Revealing Indicators for Planning Services. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, v. 18, n. 1, p. 3178, 2018.

OLIVEIRA, Maria Marly de. Conhecendo alguns tipos de pesquisa. In: OLIVEIRA, Maria Marly de. *Como fazer pesquisa qualitativa*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. Cap. 3

PADILHA, Wilton Wilney Nascimento; VALENÇA, Ana Maria Gondim; CAVALCANTI, Alessandro Leite; GOMES, Luciano Bezerra; ALMEIDA, Rossana Vanessa Dantas de; TAVEIRA, Giannina Soares. Planejamento e programação odontológicos no Programa Saúde da Família do Estado da Paraíba: estudo qualitativo. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 5, n. 1, 2005.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. *Tratado de saúde coletiva*, v. 2, p. 767-82, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 73-78, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. Planejamento e Gestão: para além da comunicação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago, 2010.

PINTO, Vicente de Paulo Teixeira; TEIXEIRA, Alrieta Henrique; SANTOS, Paulo Roberto; ARAÚJO, Maria Walderez Andrade de; MOREIRA, Mário Áureo Gomes; SARAIVA, Sérgio Ricardo Moura. Avaliação da acessibilidade ao Centro de Especialidades Odontológicas de abrangência macrorregional de Sobral, Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 2235-2244, 2014.

PIRES-ALVES, Fernando A; PAIVA, Carlos Henrique Assunção. *Recursos críticos: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988)*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 204 p.

PIRES, Ana Luiza Cardoso; GRUENDEMANN, Jéssika L. Assunção L.; FIGUEIREDO, Guilherme Scheeren; CONDE, Marcus Cristian Muniz; CORRÊA, Marcos Britto; CHISINI, Luiz Alexandre. Atenção secundária em saúde bucal no Rio Grande do Sul: análise descritiva da produção especializada em municípios com Centros de Especialidades Odontológicas com base no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 20, n. 3, 2015.

POSSAMAI, Taisiane; PILGER, Calíope; LENTSCK, Maicon Henrique; JUNIOR, Wilson Mestriner. Ações Secundárias em Saúde Bucal: Análise do Centro de Especialidades Odontológicas de um município do interior do Paraná, Brasil. **Revista de APS**, v. 18, n. 3, 2016.

REBELO, Maria Augusta Bessa; EMMI, Danielle Tupinambá; HERKRATH, Fernando José; MEIRA, Gabriela Figueiredo; GOES, Paulo Sávio Angeiras de; VETTORE, Mário Vianna. Need of Dental Prosthesis in Older People and the Offer of Specialized Care in the Unified Health System, Brazil. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 18, n. 1, p. 3201, 2018.

RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2265-2274, 2010.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propósitos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

ROCHA, Juam S. Yazlle. Da Cendes-Opas ao PlanejaSUS: Teoria e prática do planejamento em Saúde no Brasil. In: IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; SEIXAS, Paulo Henrique D.'Ângelo. Política e gestão pública em saúde. São Paulo: Hucitec, 2011.

ROCHA, Cristina Maria Vieira da; MARTINELLO, Ayrton Galiciani; FAGUNDES, Aristel Gomes Bordini. Capacitação para o planejamento em saúde: uma contribuição à implementação do PlanejaSUS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 36, n. 2, p. 577, 2013.

RODRIGUES, Luciana Afonso; VIEIRA, Jane Darley Martins; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. Avaliação do fluxo de referência para um centro de especialidades odontológicas implantado em cidade de médio porte na região Sudeste. **Cad Saude Colet**, v. 21, n. 1, p. 40-5, 2013.

ROSSI, Thaís Regis Aranha; CHAVES, Sônia Cristina Lima. Implementação da atenção especializada em saúde bucal em dois municípios na Bahia/Brasil. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 196-206, 2015.

SÁ, Caroline Reis de; KUHNEN, Mirian; SANTOS, Igor Fonseca dos; ARRUDA, Marina Patrício; TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti. Planejamento em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde: da teoria à prática. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 18, n. 1, p. 92 – 101, 2015.

SALIBA, Nemre A.; MOIMAZ, Suzely A. S.; FADEL, Cristina B.; BINO, Livia S. Saúde Bucal no Brasil: uma nova política de enfrentamento para a realidade nacional. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 19, n. 48, 2010.

SALIBA, Nemre Adas; NAYME, João Guilherme Rodrigues; MOIMAZ, Suzely Adas Saliba; CECÍLIO, Lenise Patrocínio Pires; GARBIN, Cléa Adas Saliba. Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. **Revista de Odontologia da UNESP**, p. 317-323, 2013.

SAMAD, Rasmidar; AKBAR, Fuad Husain; PASIGA, Burhanuddin Daeng; PRATIWI, Rini; ANWAR, Ayub Irmadani; DJAMALUDDIN, Nursyamsi; AFIYAH, Nurul. Evaluation of Patient Satisfaction on Quality of Public Dental Health Service from Different Dimensions in Indonesia. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 18, n. 1, p. 4033, 2018.

SANTANA, Dandara Andrade; SOUZA SANTOS, Lília Paula de; CARVALHO, Fábio Silva de; CARVALHO, Cristiane Alvez Paz de. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas de uma Região de Saúde da Bahia. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 23, n. 3, 2015.

SANTOS, Lia Ximenes. Avaliação inicial do uso de uma ferramenta webased para o planejamento, gestão e monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em Pernambuco, 2014. 2015. 180f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

SANTOS, Lia Ximenes; ALMEIDA, Danilo Rodrigues de Souza; SILVA, Josevan de Souza; RIZENTAL, Angela Cristina Maia Franco; GOES, Paulo Sávio Angeiras de; FIGUEIREDO, Nilcema. A Web-Based Tool for Monitoring and Evaluating Health Care Services: An Analysis of Centers for Dental Specialties Webpage. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 18, n. 1, p. 3385, 2018.

SCARPARO, Angela; ZERMIANI, Thabata Cristy; DITTERICH, Rafael Gomes; PINTO, Márcia Helena Baldani. Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal-Programa Brasil Sorridente-sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 23, n. 4, 2015.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise; SCHWARTZ, Yves. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 721-725, 2009.

SILVA Andrea Neiva da; ZINA, Livia Guimarães; SILVA, Marcos Alex Mendes da; WERNECK, Marcos Azeredo Furquim; ABREU, Mauro Henrique Nogueira Guimarães de; GOES, Paulo Sávio Angeiras de; MARTELLI, Petrônio. A importância das Ações de Gestão na Organização do Trabalho nos CEO. In: FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, Paulo Sávio Angeiras de; MARTELLI, Petrônio José de Lima. (Orgs). *Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil*. Recife: editora UFPE, 2016. Pág. 100-138

SILVA, Alexandre Policarpo; DUTRA, Laio Costa; MARTINS, Yuri Victor Medeiros; ARAÚJO, Hérvora Santuzza Pereira Araújo; SEABRA, Eduardo José Guerra. Cobertura da atenção secundária em saúde bucal no Rio Grande do Norte (RN) à perspectiva do Decreto 7.508/2011 e do GraduaCEO. *Revista da ABENO*, v. 15, n. 2, p. 65-73, 2015.

SILVA, Fabrício Rutz da; PADILHA, Edna Zakrzewski; BALDANI, Márcia Helena. Serviços odontológicos especializados nas cidades médias não metropolitanas do estado do Paraná, entre 2003 e 2010: estudo exploratório. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 22, n. 4, p. 641-650, 2013.

SILVA, Lorena Soares da; SANTANA, Karliane Resende; PINHEIRO, Helder Henrique Costa; NASCIMENTO, Liliane Silva do. Indicadores de atenção básica e especializada em

saúde bucal nos municípios do Estado do Pará, Brasil: estudo ecológico, 2001-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 2, p. 325-334, 2013.

SOARES, Felipe Fagundes; CHAVES, Sônia Cristina Lima; CANGUSSU, Maria Cristina Teixeira. Governo local e serviços odontológicos: análise da desigualdade na utilização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 586-596, 2015.

SOUZA, Georgia C.; LOPES, Maria Luisa D. Sousa; RONCALLI, Angelo G.; MEDEIROS-JÚNIOR, Antônio; CLARA-COSTA, Iris do Céu. Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. **Revista de salud pública**, v. 17, p. 416-428, 2015.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MELO, Cristina. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2001.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 821-828, 2012.

TAGLIAFERRO, Elaine Pereira da Silva; TENGAN, Cristiana; KASSAWARA, Ariana Belloto Corrêa; FONSECA, Dirce Aparecida Valério da; PEREIRA, Antonio Carlos; MENECHIM, Marcelo de Castro. Planejamento em saúde bucal na cidade de Piracicaba, SP: estudo de caso. **Arq. odontol**, v. 41, n. 4, p. 339-352, 2005.

TESTA, Mário. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TESTA, Mario. **Pensamento Estratégico e Lógica da Programação** (O Caso da saúde). São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC, 1995

TEIXEIRA, Carmen. **Planejamento em saúde**: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Produção científica na área de Política, Planejamento e Gestão em saúde 1975 – 2010: temas e teorias. In: BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; AZEVEDO, Creuza da Silva; MACHADO, Cristiani Vieira. **Políticas, planejamento e gestão em saúde**: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015. Pág. 81 – 111.

THIOLLENT, Michel. **Pesquisa-ação nas organizações**. São Paulo: Atlas, 1997.

THOMAZ, Erika Bárbara Abreu Fonseca; SOUSA, Grazianne Medeiros Carvalho de; QUEIROZ, Rejane Christine de Sousa; COIMBRA, Liberata Campos. Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 807-818, 2016.

RIVERA, Francisco Javier Uribe. Planejamento de saúde na América Latina: Revisão Crítica. In: RIVERA, Francisco Javier (org); RIVERA, Francisco Javier Uribe; TESTA, Mário; MATUS, Carlos. Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1992.

VAZQUEZ, Fabiana de Lima; GUERRA, Luciane Miranda; VÍTOR, Eduardo de Sant'Anna; AMBROSANO, Glaucia Maria Bovi; MIALHE, Fábio Luís; MENECHIM, Marcelo de

Castro; PEREIRA, Antonio Carlos. Referência e Contrarreferência na Atenção Secundária em Odontologia em Campinas, SP, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2014.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1565-1577, 2009.

WERNECK, Marcos Azeredo Furquim. Teorias do planejamento em saúde. In: GOES, Paulo Sávio Angeiras; MOYSÉS, Samuel Jorge. (Org.). **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012. Pag. 33 - 44

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Medicina Social
Centro Colaborador em Vigilância da Saúde Bucal do Ministério da Saúde
Grupo de Pesquisa GestBucal

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

(Para maiores de 18 anos ou emancipados)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **Análise Do Impacto Do Planejamento Local Nos Centros De Especialidades Odontológicas Do Município De Recife – PE**, que está sob responsabilidade do (a) pesquisador (a) Rafaela Cardoso Mendes Campelo da Paz, com endereço na Rua Marechal Manoel Luís Osório, n.85, apto 603, bairro Cidade Universitária, Recife-PE. CEP: 50740-450. Telefone para contato: (81) 995303045 (inclusive ligações a cobrar) e e-mail: rafaelacmendes@gmail.com

Esta pesquisa está sob a orientação de Nilcema Figueiredo, telefone: (81) 999751015, e-mail: nilcema@uol.com.br; e de Gabriela da Silveira Gaspar, telefone: (81) 991473749, e-mail: gabrielasgaspar@gmail.com

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- Considerando que a maior aproximação com os serviços através da construção de planos de intervenção pode contribuir na tomada de decisão em nível local, esta pesquisa tem como objetivo analisar a influência do planejamento local no desempenho e qualidade dos CEO no município do Recife, PE. O estudo será considerado uma pesquisa-ação, pois irá analisar o antes e depois da construção dos planos de intervenção e será realizado nas seguintes etapas: avaliação do Cumprimento Global de Metas; avaliação da qualidade dos CEO; oficinas de planejamento para construção dos planos locais de intervenção nos CEO; e, monitoramento dos planos locais.
- A participação voluntária na pesquisa consistirá nas atividades propostas pelas oficinas de trabalho de uso de soluções tecnológicas e de planejamento para construção dos planos locais de intervenção. Durante a operacionalização dos planejamentos locais, será construído pela pesquisadora um diário de campo para registro escrito, combinado com material obtido de gravações das oficinas de trabalho.
- A participação nesta pesquisa não trará complicações legais e nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à dignidade do participante. Porém, considerando que será aplicado um questionário estruturado e que em todos os encontros haverá registro das oficinas (diário de campo e gravações), há possibilidade do risco de constrangimento em relação a alguma pergunta ou em algum momento da construção dos planos locais. A pesquisadora estará atenta a quaisquer reações emocionais e ficará à escuta de suas necessidades, dúvidas e/ou questionamentos, caso existam.
- O sigilo sobre a identificação pessoal dos participantes será garantido.
- Os benefícios gerados estão relacionados às contribuições ao processo de tomada de decisão nos diferentes territórios de atuação potencializando a melhoria do desempenho e qualidade

dos serviços, bem como a qualificação dos atores, resultado do processo de desenvolvimento das atividades nas oficinas.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (questionários, diários de campo, atas de reunião), ficarão armazenados em pastas de arquivo e em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

(Assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do **Análise Do Impacto Do Planejamento Local Nos Centros De Especialidades Odontológicas Do Município De Recife – PE**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO E EXPECTATIVAS SOBRE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE E USO DO PORTAL CEO

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Medicina Social
Centro Colaborador em Vigilância da Saúde Bucal do Ministério da Saúde
Grupo de Pesquisa GestBucal

Seja bem-vindo (a) a pesquisa Análise do impacto do planejamento local nos Centros de Especialidades Odontológicas no município de Recife, Pernambuco.

Você está convidado (a) a responder este formulário que objetiva conhecer sua percepção sobre planejamento em saúde. Para isso é necessário que você responda todas as questões propostas, onde não há respostas certas ou erradas.

Desde já agradecemos a sua colaboração, Equipe GestBucal / CECOL / UFPE.

Identificação

Sexo: 1 – Masculino 2 – Feminino

Idade: _____

Formação: _____

Tempo de formação: _____

Possui alguma pós-graduação: 1 – Sim 2 – Não Qual? _____

Cargo/Função:

1. Coordenador de saúde bucal
2. Gerente de CEO
3. Coordenador e gerente de CEO
4. Profissional de CEO
5. Profissional da AB
6. Conselheiro de Saúde
7. Outro _____

Questionário:

1. **Como você observa o uso do planejamento em saúde pela gestão do município?**
 - a. Utiliza sempre
 - b. Utiliza raramente
 - c. Não utiliza
 - d. Não sei
2. **Como você observa o uso do planejamento em saúde na sua unidade de saúde?**
 - a. Utiliza sempre
 - b. Utiliza raramente
 - c. Não utiliza
 - d. Não sei
3. **O quanto você considera que o planejamento pode contribuir para uma melhor tomada de decisão?**
 - a. Muito
 - b. Pouco
 - c. Em nada

- d. Não sei
- 4. O quanto você considera que o planejamento pode contribuir para melhorar os serviços?**
 - a. Muito
 - b. Pouco
 - c. Em nada
 - d. Não sei
- 5. O quanto você considera que o planejamento possa promover uma maior integração e acordo entre os diversos atores (gestores, profissionais e usuários)?**
 - a. Muito
 - b. Pouco
 - c. Em nada
 - d. Não sei
- 6. O quanto você considera que o planejamento dos serviços pode ajudar na qualificação dos envolvidos (gestores, profissionais, usuários)?**
 - a. Muito
 - b. Pouco
 - c. Em nada
 - d. Não sei
- 7. O quanto você é convocado a participar de reuniões de discussão de planejamento pela gestão do município?**
 - a. Muito
 - b. Pouco
 - c. Em nada
 - d. Não sei
- 8. O quanto você é convocado a participar de reuniões de discussão de planejamento na sua unidade de saúde?**
 - a. Muito
 - b. Pouco
 - c. Em nada
 - d. Não sei
- 9. Nos últimos 12 meses, foi realizada alguma atividade de planejamento das ações do CEO? (Em caso negativo, pule para a questão 12)**
 - a. Sim
 - b. Não
- 10. Esta atividade contou com a sua participação?**
 - a. Sim
 - b. Não
 - c. Não se aplica
- 11. Neste(s) planejamento(s) é(são) levado(s) em consideração as suas sugestões/opiniões?**
 - a. Sim
 - b. Não
 - c. Não se aplica
- 12. O CEO recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho? (Em caso negativo, pule para a questão 14)**
 - a. Sim
 - b. Não
- 13. Quem realiza o apoio? (Poderá marcar mais de uma opção)**
 - a. Coordenador municipal/estadual de saúde bucal

- b. Apoiador institucional.
- c. Profissionais da vigilância em saúde.
- d. Outros profissionais da gestão.
- e. Outro(s)
- f. Não se aplica

14. A equipe do CEO planeja/programa suas atividades considerando (Poderá marcar mais de uma opção):

- a. As informações do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA)
- b. As informações locais de levantamento epidemiológico.
- c. As metas de cada especialidade estabelecidas pelo Ministério da Saúde.
- d. Os desafios apontados a partir da autoavaliação.
- e. O envolvimento de organizações da comunidade (a parceria e pactuações com a comunidade).
- f. Não se aplica

15. Quais os recursos utilizados para a realização do planejamento? (Poderá marcar mais de uma opção)

- a. Painel informativo
- b. Informativos epidemiológicos
- c. Sala de situação
- d. Relatórios e consolidados mensais do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA)
- e. Não se aplica

16. A equipe do CEO realiza avaliação das ações planejadas/programadas?

- a. Sim
- b. Não
- c. Não sei

17. É realizado o monitoramento e análises das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada no CEO?

- a. Sim
- b. Não
- c. Não sei

APÊNDICE C – ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA CONDUÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS

Antes do momento teórico inicial

1. Na sua opinião, o que é planejamento em saúde?
2. Já foi realizado antes algum tipo de planejamento em saúde bucal neste CEO?
 - a. Se sim, quando e como foi feita? Se houve algum preparo para realizar.
 - b. Se não. Por que não? Quais as dificuldades?
3. Como o planejamento pode contribuir para a organização dos serviços, atendimento e satisfação das pessoas e melhorar o cumprimento de metas?
4. Quais as suas expectativas para a realização do planejamento local no CEO?

Após a construção do momento tático-operacional

5. Qual a sua opinião sobre a atividade de planejamento realizada?
6. Essa atividade vai influenciar na sua rotina de trabalho? (Você acha que precisará mudar algo na sua rotina de trabalho após estas atividades de planejamento?)
 - a. Se sim, Como?
 - b. Se não, por que não?
7. Quais as facilidades encontradas no processo de construção do Planejamento local em saúde?
8. Quais as dificuldades ou os desafios encontrados no processo de construção do Planejamento local em saúde?

Monitoramento:

9. Quais as facilidades encontradas na operacionalização do que foi pactuado no planejamento local?
10. Quais as dificuldades ou os desafios encontrados na operacionalização do que foi pactuado no planejamento local?
11. A realização do planejamento influenciou de alguma forma a sua rotina de trabalho?
 - a. Se sim, como?
 - b. Se não, por que não?

APÊNDICE D – RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DE METAS E QUALIDADE DOS CEO DE RECIFE

**Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Grupo de Pesquisa GestBucal**

Avaliação do cumprimento de metas e qualidade dos CEO de Recife

Foram avaliados os dados de produção ambulatorial do CEO disponíveis nos sistemas de informação, como também a avaliação da qualidade por meio do uso do Portal CEO.

Para avaliar os dados de produção ambulatorial, foram obtidos os arquivos de dados dissemináveis para tabulação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS do estado de Pernambuco dos anos de estudo. De posse do CNES do Centro de Especialidades Odontológicas, os dados obtidos foram tabulados pelo programa TAB para Windows – TABWIN (Ministério da Saúde, Brasil) e exportados para o programa Microsoft Office Excel 2010 (Microsoft Corp., Estados Unidos), no qual foi realizado o agrupamento dos procedimentos de acordo com os subgrupos: procedimentos Básicos, de Periodontia, de Endodontia e de Cirurgia Oral menor.

A avaliação normativa foi pautada segundo a Portaria nº 1.464 de 24 de Junho de 2011, que instituiu metas de produção mínima mensais a serem realizadas para cada tipo de CEO: tipo I - 80 procedimentos Básicos, 60 procedimentos de Periodontia, 35 procedimentos de Endodontia e 80 procedimentos de Cirurgia Oral; para CEO tipo II - 110 procedimentos Básicos, 90 procedimentos de Periodontia, 60 procedimentos de Endodontia e 90 procedimentos de Cirurgia Oral; para CEO tipo III - 190 procedimentos Básicos, 150 procedimentos de Periodontia, 95 procedimentos de Endodontia e 170 procedimentos de Cirurgia Oral.

A avaliação normativa foi pautada segundo a Portaria nº 1.464 de 24 de Junho de 2011 (BRASIL, 2011), que instituiu como meta uma produção mínima mensal a ser realizada nos CEO, conforme o que se segue: para CEO tipo I: 80 procedimentos Básicos, 60 procedimentos de Periodontia, 35 procedimentos de Endodontia e 80 procedimentos de Cirurgia Oral; para CEO tipo II: 110 procedimentos Básicos, 90 procedimentos de Periodontia, 60 procedimentos de Endodontia e 90 procedimentos de Cirurgia Oral; para CEO tipo III: 190 procedimentos Básicos, 150 procedimentos de Periodontia, 95 procedimentos de Endodontia e 170 procedimentos de Cirurgia Oral.

A portaria ainda complementa que para cumprimento da produção mínima mensal, é obrigatório que 50% dos procedimentos Básicos sejam procedimentos restauradores: restauração de dente decíduo (0307010023) e/ou restauração de dente permanente anterior (0307010031) e/ou restauração de dente permanente posterior (0307010040); e que 20% dos procedimentos de Endodontia sejam os seguintes: obturação de dente permanente com 3 ou mais raízes (0307020053) e/ou retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes (0307020096).

Foi utilizado o indicador denominado Cumprimento Global de Metas, que é o resultado da operacionalização do quociente resultante da média mensal de procedimentos realizados de cada subgrupo de especialidades odontológicas pelo número de procedimentos correspondente à meta deste subgrupo multiplicado por 100. Considera-se meta atingida aqueles serviços que cumprirem percentual igual ou superior a 100% da meta normatizada para cada subgrupo de procedimentos odontológicos especializados.

As tabelas 1 e 2 abaixo mostram o cumprimento de metas por CEO e subgrupo de especialidades de 2008 a 2017 em Recife-PE.

Tabela 1: Cumprimento de Metas segundo subgrupo de especialidade no período de 2008 a 2017, Recife-PE.

Período	Cumprimento da Atenção básica				Cumprimento da Periodontia				Cumprimento em endodontia				Cumprimento em Cirurgia				Total	
	Cumpriu		Não Cumpriu		Cumpriu		Não Cumpriu		Cumpriu		Não Cumpriu		Cumpriu		Não Cumpriu			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2008	4	100,0	-	-	3	75,0	1	25,0	-	-	4	100,0	2	50,0	2	50,0	4	100,0
2009	4	100,0	-	-	3	75,0	1	25,0	-	-	4	100,0	2	50,0	2	50,0	4	100,0
2010	4	100,0	-	-	2	50,0	2	50,0	-	-	4	100,0	2	50,0	2	50,0	4	100,0
2011	4	100,0	-	-	3	75,0	1	25,0	-	-	4	100,0	-	-	4	100,0	4	100,0
2012	4	100,0	-	-	1	25,0	3	75,0	-	-	4	100,0	-	-	4	100,0	4	100,0
2013	5	100,0	-	-	2	40,0	3	60,0	-	-	5	100,0	-	-	5	100,0	5	100,0
2014	3	60,0	2	40,0	-	-	5	100,0	-	-	5	100,0	-	-	5	100,0	5	100,0
2015	2	40,0	3	60,0	-	-	5	100,0	-	-	5	100,0	-	-	5	100,0	5	100,0
2016	4	80,0	1	20,0	3	60,0	2	40,0	-	-	5	100,0	-	-	5	100,0	5	100,0
2017	7	87,5	1	12,5	3	37,5	5	62,5	-	-	8	100,0	1	12,5	7	87,5	8	100,0

Fonte: elaboração própria a partir de dados de Produção Ambulatorial do SIA/SUS

Tabela 2: Cumprimento de Metas segundo Procedimentos Restauradores de Atenção básica e Procedimentos Endodônticos em dentes com três ou mais raízes no período de 2008 a 2017, Recife-PE.

Período	Cumprimento da Atenção Básica – Procedimentos Restauradores				Cumprimento em Endodontia – Procedimentos em Dentes com três ou mais raízes				Total	
	Cumpriu		Não Cumpriu		Cumpriu		Não Cumpriu		n	%
	N	%	n	%	n	%	n	%		
2008	4	100,0	-	-	1	25,0	3	75,0	4	100,0
2009	4	100,0	-	-	1	25,0	3	75,0	4	100,0
2010	2	50,0	2	50,0	-	-	4	100,0	4	100,0
2011	3	75,0	1	25,0	1	25,0	3	75,0	4	100,0
2012	4	100,0	-	-	1	25,0	3	75,0	4	100,0
2013	2	40,0	3	60,0	2	40,0	3	60,0	5	100,0
2014	-	-	5	100,0	-	-	5	100,0	5	100,0
2015	-	-	5	100,0	-	-	5	100,0	5	100,0
2016	2	40,0	3	60,0	-	-	5	100,0	5	100,0
2017	3	37,5	5	62,5	-	-	8	100,0	8	100,0

Fonte: elaboração própria a partir de dados de Produção Ambulatorial do SIA/SUS

Considerando o cumprimento das metas para os quatro subgrupos de procedimentos (básicos, periodontia, endodontia e cirurgia), a classificação do desempenho dos serviços de acordo com este indicador divide-se em: desempenho péssimo (CEO que não cumpriu nenhuma meta); desempenho ruim (CEO que cumpriu apenas 1 meta); desempenho regular (CEO que cumpriu 2 metas); desempenho bom (CEO que cumpriu 3 metas); e, desempenho ótimo (CEO que cumpriu a totalidade das metas). Esta análise pode ser ilustrada pela tabela 3 abaixo.

Tabela 3: Cumprimento de metas dos Centros de Especialidades Odontológicas no período de 2008 a 2017, Recife-PE.

Anos	Péssimo		Ruim		Regular		Bom		Ótimo		nº CEO	%
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%		
2008	-	-	-	-	3	75,0	1	25,0	-	-	4	100,0
2009	-	-	-	-	3	75,0	1	25,0	-	-	4	100,0
2010	-	-	1	25,0	2	50,0	1	25,0	-	-	4	100,0
2011	-	-	1	25,0	3	75,0	-	-	-	-	4	100,0
2012	-	-	3	75,0	1	25,0	-	-	-	-	4	100,0
2013	-	-	3	60,0	2	40,0	-	-	-	-	5	100,0
2014	2	40,0	3	60,0	-	-	-	-	-	-	5	100,0
2015	3	60,0	2	40,0	-	-	-	-	-	-	5	100,0
2016	1	20,0	1	20,0	3	60,0	-	-	-	-	5	100,0
2017	1	13,0	4	50,0	2	25,0	1	13,0	-	-	8	100,0

Fonte: elaboração própria a partir de dados de Produção Ambulatorial do SIA/SUS e CNES, 2017

Para avaliar a qualidade dos CEO, foi utilizada a ferramenta eletrônica Portal CEO, que é um programa computacional (software), que permite a inclusão, análise e visualização de dados, servindo de instrumento de (auto) avaliação, contribuindo com a modernização da gestão/gerência dos CEO. No sítio do Portal CEO, permite-se acesso a usuários (previamente cadastrados) denominados: Gestor estadual, Gestor municipal, Gerente CEO, Profissional CEO; e, Gestbucal. Cada usuário tem ações definidas para operacionalização da ferramenta.

O Portal fornece relatórios classificatórios, recomendações com propósito de auxiliar em mudanças à melhoria da qualidade dos serviços. As classificações são geradas de notas (geral e componentes de qualidade) que valem de 0,0-10,0. Foi considerado como parâmetro: acima de 7,0 = satisfatório, abaixo 7,0 insatisfatório para as análises decorrentes deste trabalho e a análise será realizada pela tendência das notas e classificações segundo serviço ao longo do tempo.

Esta ferramenta é dividida em componentes de qualidade da seguinte forma: avaliação e monitoramento; controle social e financiamento; critérios organizacionais; estrutura; gestão de pessoas e gerência. Pode-se verificar na tabela 4 abaixo a tendência de notas por componente de qualidade.

Tabela 4: Avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas por componente de qualidade, sob a visão dos gerentes, de fevereiro a maio de 2018, Portal CEO - Recife-PE.

MÊS	CEO	G.S.	EST.	G.P.	C.O.	C.S.F.	A.M.	NOTA
Fevereiro	B	10,00	10,00	10,00	8,00	10,00	8,46	9,41
	C	6,67	8,46	7,50	5,00	6,00	6,92	6,76
	D	10,00	6,92	10,00	7,00	4,00	9,23	7,86
	E	6,67	7,69	5,00	5,00	2,00	6,92	5,55
	H	8,33	6,92	7,50	4,00	8,00	6,92	6,95
	Média	8,33	8,00	8,00	5,80	6,00	7,69	7,31
Março	A	8,33	7,69	10,00	7,00	6,00	9,23	8,04
	B	10,00	10,00	10,00	8,00	10,00	8,46	9,41
	C	6,67	8,46	7,50	5,00	6,00	6,92	6,76
	H	8,33	6,92	7,50	4,00	6,00	6,92	6,61
	Média	8,33	8,27	8,75	6,00	7,00	7,88	7,71
Abril	A	8,33	7,69	10,00	6,00	6,00	9,23	7,88
	B	10,00	10,00	10,00	8,00	10,00	9,23	9,54
	C	6,67	8,46	7,50	5,00	6,00	6,92	6,76
	E	6,67	8,46	5,00	5,00	2,00	6,92	5,68
	Média	7,92	8,65	8,13	6,00	6,00	8,08	7,47
Maio	A	8,33	7,69	10,00	5,00	6,00	9,23	7,71
	B	8,33	6,92	10,00	6,00	8,00	10,00	8,21
	E	6,67	8,46	5,00	6,00	2,00	6,92	5,84
	Média	7,78	7,69	8,33	5,67	5,33	8,72	7,25
Média do período		8,09	8,15	8,30	5,87	6,08	8,09	7,44

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do Portal CEO, 2018.

Legenda: G.S. = Gestão e gerência do serviço; EST. = Estrutura do CEO; G.P. = Gestão de Pessoas; C.O. = Critérios Organizacionais; C.S.F. = Controle social e Financiamento; A.M. = Avaliação e Monitoramento.

APÊNDICE E – RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DE METAS E QUALIDADE DO CEO B

**Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Grupo de Pesquisa GestBucal**

Avaliação do cumprimento de metas e qualidade do CEO B

Foram avaliados os dados de produção ambulatorial do CEO disponíveis nos sistemas de informação, como também a avaliação da qualidade por meio do uso do Portal CEO.

Para avaliar os dados de produção ambulatorial, foram obtidos os arquivos de dados dissemináveis para tabulação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS do estado de Pernambuco dos anos de estudo. De posse do CNES do Centro de Especialidades Odontológicas, os dados obtidos foram tabulados pelo programa TAB para Windows – TABWIN (Ministério da Saúde, Brasil) e exportados para o programa Microsoft Office Excel 2010 (Microsoft Corp., Estados Unidos), no qual foi realizado o agrupamento dos procedimentos de acordo com os subgrupos: procedimentos Básicos, de Periodontia, de Endodontia e de Cirurgia Oral menor.

A avaliação normativa foi pautada segundo a Portaria nº 1.464 de 24 de Junho de 2011, que instituiu metas de produção mínima mensais a serem realizadas para cada tipo de CEO. Para os CEO tipo III, estabelece: 190 procedimentos Básicos, 150 procedimentos de Periodontia, 95 procedimentos de Endodontia e 170 procedimentos de Cirurgia Oral.

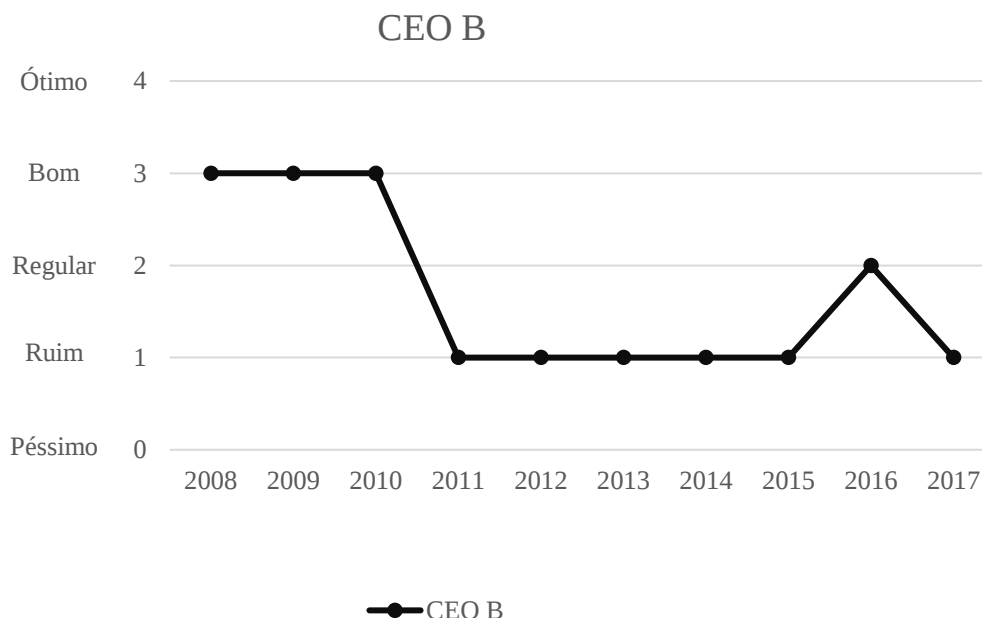
A portaria ainda complementa que para cumprimento da produção mínima mensal, é obrigatório que 50% dos procedimentos Básicos sejam procedimentos restauradores: restauração de dente decíduo (0307010023) e/ou restauração de dente permanente anterior (0307010031) e/ou restauração de dente permanente posterior (0307010040); e que 20% dos procedimentos de Endodontia sejam os seguintes: obturação de dente permanente com 3 ou mais raízes (0307020053) e/ou retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes (0307020096).

Foi utilizado o indicador denominado Cumprimento Global de Metas, que é o resultado da operacionalização do quociente resultante da média mensal de procedimentos realizados de cada subgrupo de especialidades odontológicas pelo número de procedimentos correspondentes à meta deste subgrupo multiplicado por 100. Considera-se meta atingida aqueles serviços que cumprirem percentual igual ou superior a 100% da meta normatizada para cada subgrupo de procedimentos odontológicos especializados.

Considerando o cumprimento das metas para os quatro subgrupos de procedimentos (básicos, periodontia, endodontia e cirurgia), a classificação do desempenho dos serviços de acordo com este indicador divide-se em: desempenho péssimo (CEO que não cumpriu

nenhuma meta); desempenho ruim (CEO que cumpriu apenas 1 meta); desempenho regular (CEO que cumpriu 2 metas); desempenho bom (CEO que cumpriu 3 metas); e, desempenho ótimo (CEO que cumpriu a totalidade das metas). Esta análise pode ser ilustrada pelo gráfico abaixo.

Gráfico 1: Cumprimento de Metas do CEO B no período de 2008 a 2017, Recife-PE



Fonte: elaboração própria a partir de dados de Produção Ambulatorial do SIA/SUS

Para avaliar a qualidade dos CEO, foi utilizada a ferramenta eletrônica Portal CEO, que é um programa computacional (software), que permite a inclusão, análise e visualização de dados, servindo de instrumento de (auto) avaliação, contribuindo com a modernização da gestão/gerência dos CEO. No sítio do Portal CEO, permite-se acesso a usuários (previamente cadastrados) denominados: Gestor estadual, Gestor municipal, Gerente CEO, Profissional CEO; e, Gestbucal. Cada usuário tem ações definidas para operacionalização da ferramenta.

O Portal fornece relatórios classificatórios, recomendações com propósito de auxiliar em mudanças à melhoria da qualidade dos serviços. As classificações são geradas de notas (geral e componentes de qualidade) que valem de 0,0-10,0. Foi considerado como parâmetro: acima de 7,0 = satisfatório, abaixo 7,0 insatisfatório para as análises decorrentes deste trabalho e a análise será realizada pela tendência das notas e classificações segundo serviço ao longo do tempo.

Esta ferramenta é dividida em componentes de qualidade da seguinte forma: avaliação e monitoramento; controle social e financiamento; critérios organizacionais; estrutura; gestão de pessoas e gerência. Pode-se verificar na tabela abaixo a tendência de notas por componente de qualidade.

Tabela 1: Notas geradas pelo Portal CEO por componentes de qualidade avaliados nos meses de fevereiro a maio de 2018, sob a perspectiva do gerente para o CEO B, Recife – PE.

MÊS	G.S.	EST.	G.P.	C.O.	C.S.F.	A.M.	NOTA
Fevereiro	10,00	10,00	10,00	8,00	10,00	8,46	9,41
Março	10,00	10,00	10,00	8,00	10,00	8,46	9,41
Abril	10,00	10,00	10,00	8,00	10,00	9,23	9,54
Maio	8,33	6,92	10,00	6,00	8,00	10,00	8,21
Média geral	9,58	9,23	10,00	7,50	9,50	9,04	9,14

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do Portal CEO, 2018.

ANEXO A – INSTRUMENTO DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

SITUACIONAL - MOMENTO EXPLICATIVO

Definir o problema para intervenção

- Seleção de problemas: cada participante do grupo pode escolher um problema que lhe chamou atenção do diagnóstico situacional apresentado.
- O grupo deve se debruçar sobre os problemas escolhidos a fim de fazer priorização e determinação do problema mestre utilizando a planilha 2.

Seleção do problema

PROBLEMAS	Custo político em caso de adiamento de sua resolução	Custo econômico em caso de adiamento de sua resolução	Grau de governabilidade sobre o problema	Hierarquização (pontuação)

Problema selecionado: _____

Construção da Árvore Explicativa e Seleção do Nó crítico

- Explicar o problema selecionado com a descrição de suas causas, descritores e consequências através de um fluxograma situacional, denominado árvore explicativa.
- Com uso de setas estabelecer as relações causais.
- Selecionar o nó crítico, que geralmente é a causa que tem maior afluxo de setas.

O Nó crítico é um tipo de causa de um problema que, quando atacado, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. Também traz a ideia de algo sobre qual eu posso intervir = governabilidade. Ou seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando.

ANEXO B – INSTRUMENTO DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO
SITUACIONAL - MOMENTO NORMATIVO

Descrever as operações que levem à modificação positiva do problema por meio de ações, identificação de responsáveis, apoio necessário à operacionalização e prazo de execução.

PRODUTO: Definição das operações e ações necessárias para combater as causas fundamentais dos problemas abordados (nós críticos).

Problema: _____

Nó crítico	Operação	Ações	Responsáveis	Equipe de Apoio	Prazos	Recursos Financeiros	Outros Recursos

ANEXO C – INSTRUMENTO DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

SITUACIONAL - MOMENTO ESTRATÉGICO

Análise dos atores sociais ao problema

A partir da seleção do problema Mestre identificar os atores com capacidade para atuar e transformar a realidade por meio de uma motivação ou de interesse positivo (+), contrário (–), indiferente (0). Para os atores identificados como (–) e (0), devem ser definidas estratégias de ação, com o objetivo de eliminar resistências e buscar o apoio para a resolução do problema.

PRODUTO: Identificação e análise de interesse do ator ao plano

Problema Mestre	Atores Sociais	Motivação/interesse	Estratégias

Momento estratégico

Analisar a viabilidade com relação ao recurso político, organizativo, cognitivo e financeiro. Considerando a viabilidade, são elencados os produtos, os resultados, e analisa-se a eficiência e a eficácia das operações em face ao problema.

PRODUTO: Construção da viabilidade para as propostas de solução elaboradas no momento normativo.

Ações	Recursos				Produto	Resultado	Eficiência	Eficácia
	Político	Organizativo	Cognitivo	Financeiro				

ANEXO D – INSTRUMENTO DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO
SITUACIONAL - MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL

Momento de monitorar as operações e avaliar continuamente. Execução do plano sob uma determinada gerência e organização do trabalho, com prestação de contas, supervisão, acompanhamento e avaliação.

Momento táctico-operacional

[illegible]

ANEXO E – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DA PREFEITURA DO RECIFE



CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Rafaela Cardoso Mendes Campelo da Paz**, pesquisadora do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, a desenvolver pesquisa nos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO: Waldemar de Oliveira; Salomão Kelner; Albert Sabin; Lessa de Andrade; Agamenon Magalhães; Pina; Romildo Gomes e Clementino Fraga, da Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: “Análise do impacto do planejamento local nos Centros de Especialidades Odontológicas do município de Recife, PE”, sendo orientada pela Profª Drª Nilcema Figueiredo e coorientação da Profª Drª Gabriela Gaspar.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 486/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde;
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 10 de outubro de 2017.

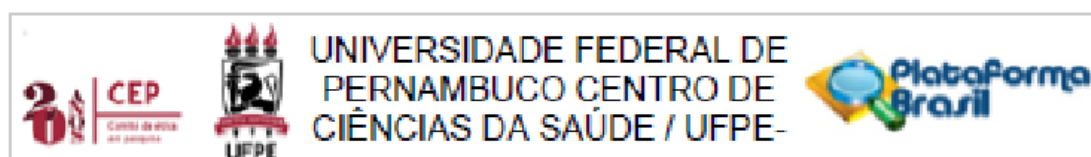
Atenciosamente,


Juliana Ribeiro

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Dantas Torres Ribeiro
Chefe de Divisão de Educação na
Saúde/AGESIDE/SES/SESMA
Memoranda 01/2017-8

ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO IMPACTO DO PLANEJAMENTO LOCAL NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO MUNICÍPIO DE RECIFE, PE.

Pesquisador: Rafaela Cardoso Mendes Campelo da Paz

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79235517.5.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.419.116

Apresentação do Projeto:

O Projeto de Pesquisa intitulado ANÁLISE DO IMPACTO DO PLANEJAMENTO LOCAL NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO MUNICÍPIO DE RECIFE, PE tem como pesquisador responsável Rafaela Cardoso Mendes Campelo da Paz do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva sob a orientação da Profa. Dra. Nilcema Figueiredo e co-orientação a Dra. Gabriela da Silveira Gaspar. Está registrado no CAAE: _79235517.5.0000.5208

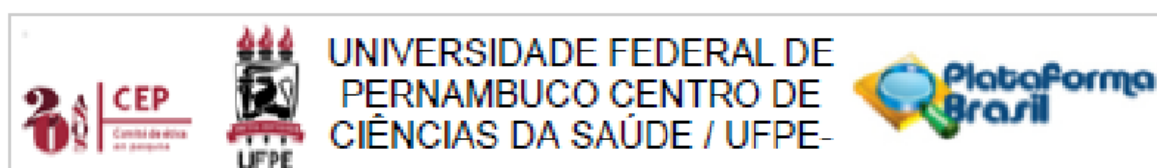
Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa apresenta como objetivo primário Analisar o impacto do planejamento local no desempenho e qualidade dos CEO no município do Recife, Pernambuco. Apresenta como objetivos secundários: verificar o cumprimento global de metas e a qualidade dos CEO; conhecer a percepção dos participantes sobre o planejamento e avaliação em saúde; construir planos locais de intervenção junto aos CEO e avaliar as mudanças ocorridas nos CEO após a operacionalização do planejamento local.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora considera que a pesquisa não trará complicações legais e nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à dignidade do participante. Porém, considerando que será aplicado um questionário estruturado e que em todos os encontros haverá registro das oficinas (diário de campo e gravações), há possibilidade do risco de constrangimento em relação a

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.419.118

alguma pergunta ou em algum momento da construção dos planos locais. A pesquisadora estará atenta a quaisquer reações emocionais e ficará à escuta de suas necessidades, dúvidas e/ou questionamentos, caso existam. Será garantido o sigilo sobre a identificação pessoal dos participantes. Apresenta os benefícios gerados como os relacionados às contribuições ao processo de tomada de decisão nos diferentes territórios de atuação potencializando a melhoria do desempenho e qualidade dos serviços, bem como a qualificação dos atores, resultado do processo de desenvolvimento das atividades nas oficinas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

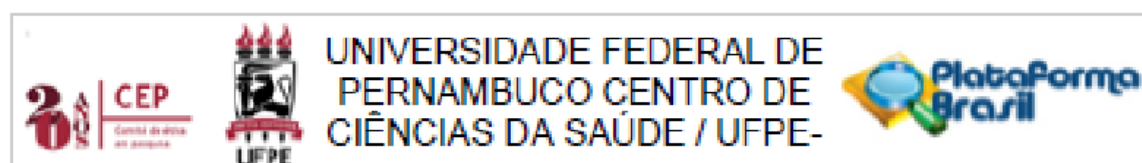
Trata-se de um estudo avaliativo, com abordagens quantitativa e qualitativa do tipo Pesquisa-ação. O objeto de avaliação será a modelagem de atenção à saúde bucal adotada nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) na cidade do Recife CEO. A população do estudo será composta por representação dos gestores municipais de Saúde Bucal, gerências do CEO, profissionais do CEO por especialidade, profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Conselho Distrital de Saúde da cidade. Será realizada amostra do tipo conveniência, composta por 80 participantes, sendo 10 para cada Centro de Especialidades Odontológicas da cidade do Recife. Este estudo irá analisar o antes e depois da construção de Planos Locais de Intervenção dos CEO cadastrados na cidade. O referencial teórico metodológico para execução do planejamento será o Planejamento Estratégico Situacional, que prevê quatro momentos para o processamento técnico-político dos problemas: os momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. É apresentado como critério de inclusão ser um CEO que apresente portaria de habilitação do Ministério da Saúde e como critérios de exclusão os CEOs que não apresentem informação sobre o objeto de estudo, em reforma e, sem estrutura. O cronograma está adequado para o período do estudo. O pesquisador refere ser responsável pelo orçamento, e apresenta um referencial atualizado e de acordo com as normas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de Rosto,
- Carta de anuência,
- Projeto Word e Plataforma;
- TCLE e currículo dos pesquisadores ;

Todos os termos foram adequadamente apresentados.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-9598 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.419.116

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está **APROVADO** para iniciar a coleta de dados. Informamos que a **APROVAÇÃO DEFINITIVA** do projeto só será dada após o envio da Notificação com o Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

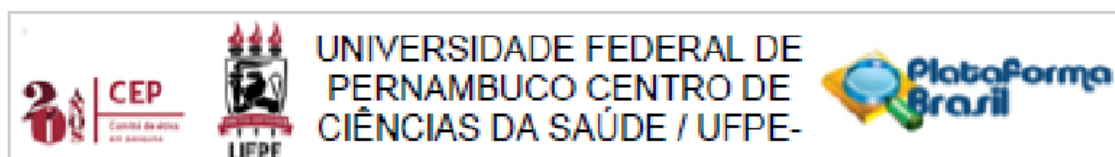
Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética, relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1003915.pdf	22/10/2017 09:55:16		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto.docx	22/10/2017 09:53:43	Rafaela Cardoso Mendes Campelo	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.419.119

Investigador	projeto.docx	22/10/2017 09:53:43	da Paz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	22/10/2017 09:53:04	Rafaela Cardoso Mendes Campelo da Paz	Aceito
Outros	latbes_Gabriela.pdf	20/10/2017 07:20:37	Rafaela Cardoso Mendes Campelo da Paz	Aceito
Outros	latbes_nilcema.pdf	20/10/2017 07:18:47	Rafaela Cardoso Mendes Campelo da Paz	Aceito
Outros	latbes_rafaela.pdf	20/10/2017 07:18:20	Rafaela Cardoso Mendes Campelo da Paz	Aceito
Outros	declar_mestrado.pdf	20/10/2017 07:17:47	Rafaela Cardoso Mendes Campelo da Paz	Aceito
Outros	anuencia.pdf	20/10/2017 07:17:07	Rafaela Cardoso Mendes Campelo da Paz	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_confidencialidade.pdf	20/10/2017 07:16:32	Rafaela Cardoso Mendes Campelo da Paz	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	20/10/2017 07:15:08	Rafaela Cardoso Mendes Campelo da Paz	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RECIFE, 08 de Dezembro de 2017

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO G – AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE
Diretoria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
Divisão de Educação na Saúde

CI nº. 010 / 2018 – GAB/DEGTES/SESAU

Recife, 08 de janeiro de 2018.

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que **Rafaela Cardoso Mendes Campelo da Paz**, pesquisadora do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, **está autorizada a desenvolver o projeto de pesquisa, nesse serviço, sob o título sob o título “Análise do impacto do planejamento local nos Centros de Especialidades Odontológicas do município de Recife, PE”.**

Solicitamos agendamento com a pesquisadora para definição do cronograma de realização da pesquisa, considerando a disponibilidade do serviço.

Período da coleta de dados: março a dezembro de 2018.

Finalização do projeto: março de 2019.

Cordialmente,


Tulio Romério Lopes Quirino
Chefe de Divisão de Educação na Saúde
Tulio Romério Lopes Quirino
Chefe da Div. de Educação na Saúde
UFES / DEGTES / SESAU
Mat 100.473-5

Ilmo. (a). Sr. (a).
Juliana Couto
Coordenação de Saúde Bucal do Recife

ANEXO H – INSTRUÇÕES PARA PUBLICAÇÃO – REVISTA ODONTOLOGIA CLÍNICO-CIENTÍFICA

INSTRUÇÕES AOS AUTORES / INSTRUCTION TO AUTHORS

ITENS EXIGIDOS PARA APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

1. Enviar duas vias do manuscrito (01 com identificação dos autores e outra sem identificação).
2. Incluir o parecer do Comitê de Ética em pesquisa, conforme resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde nas pesquisas desenvolvidas com seres humanos.
3. Informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.
4. Incluir título do manuscrito em português e inglês.
5. Verificar se o texto, incluindo resumos, tabelas e referências, está reproduzido em letras arial, corpo 12, espaço duplo e margens de 3cm.
6. Incluir título abreviado com 40 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
7. Incluir resumos estruturados para trabalhos de pesquisa, português e inglês, e, em espanhol, no caso do manuscrito nesse idioma.
8. Incluir resumos narrativos em folhas separadas, para manuscritos que não são de pesquisa, nos dois idiomas português e inglês ou em espanhol, nos casos em que se aplique.
9. Incluir declaração, assinada por cada autor, sobre “autoria e responsabilidade” e “transferência de direitos autorais”.
10. Incluir nome de agências financiadoras e o número do Processo.
11. Indicar se o artigo é baseado em tese/dissertação, colocando o nome da instituição e o ano da defesa.
12. Verificar se as referências (máximo 30) estão normalizadas, segundo estilo Vancouver (listadas consoante a ordem de citação) e se todas estão citadas no texto.
13. Incluir permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas publicadas.

Bibliografia

Internacional Committee of Medical Editors. Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos. Rev Saúde Pública 1999; 33 JAMA instructions for authors manuscript criteria and information. JAMA 1998; 279:67-64

Nova informação

Utilizar o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) para identificar os Descritores dos artigos. <http://decs.bvs.br/>

1. Declaração de Responsabilidade

A assinatura da declaração de responsabilidade é obrigatória. Sugerimos o texto abaixo:

Certifico(amos) que o artigo enviado à RCRO-PE/odontologia

Clínico-Científica é um trabalho original, sendo que seu conteúdo não foi ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou eletrônico. (Certifico(amos) que participei(amos) suficientemente do trabalho para tornar pública minha (nossa) responsabilidade pelo seu conteúdo.

Colaboradores

- Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

- Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos:

1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;
2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;
3. Aprovação final da versão a ser publicada.

Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

Datar e assinar – Autor (es)

Observações: Os coautores, juntamente com o autor principal, devem assinar a declaração de responsabilidade acima, configurando, também, a mesma concordância dos autores do texto enviado e de sua publicação, se aceito pela Revista do CRO/PE – Odontologia Clínico-Científica.

2. Transferência de Direitos Autorais

Declaro(amos) que, em caso de aceitação do artigo por parte da Revista do Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco, denominada Odontologia Clínico-Científica, concordo(amos) que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva desta, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei (emos) constar o competente agradecimento à Revista do Conselho

Regional de Odontologia de Pernambuco - CRO/PE.

Datar e assinar – Autor(es)

1. INSTRUÇÕES NORMATIVAS GERAIS

A Revista do Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco, denominada ODONTOLOGIA CLÍNICO CIENTÍFICA/SCIENTIFIC-CLINICAL ODONTOLOGY, se destina à publicação de trabalhos relevantes para a orientação, aconselhamento, ciência e prática odontológica, visando à promoção e ao intercâmbio do conhecimento entre os profissionais da área de saúde.

É um periódico especializado no campo da odontologia e nas várias áreas multidisciplinares que a compõem, internacional, aberto a contribuições da comunidade científica nacional e internacional, arbitrada e distribuída a leitores do Brasil e de vários outros países.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à Revista Odontologia Clínico-Científica, não sendo permitida sua apresentação simultânea em outro periódico tanto do texto quanto de figuras ou tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em anais de reuniões científicas. O (s) autor (es) deverá (ão) assinar e encaminhar declaração, de acordo com o modelo anexo.

Os manuscritos poderão ser encaminhados em português, inglês ou espanhol, em duas vias, para o Editor Científico.

Os artigos encaminhados à Revista serão apreciados por membros do Conselho de Editores e Consultores Científicos “Ad hoc”, capacitados e especializados nas áreas da odontologia que decidirão sobre a sua aceitação.

As opiniões e os conceitos emitidos são de inteira responsabilidade dos autores, cujo número máximo admitido é de 06 autores por edição.

Os originais aceitos ou não para publicação não serão devolvidos aos autores.

São reservados à Revista os direitos autorais do artigo publicado, sendo proibida a reprodução, mesmo que parcial, sem a devida autorização do Editor Científico.

Proibida a utilização de matéria para fins comerciais.

Nas pesquisas desenvolvidas com seres humanos, deverá constar o parecer do Comitê de Ética em pesquisa, conforme

Resolução 196/96 e seus complementares do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

2. CATEGORIA DE ARTIGOS

A categoria dos trabalhos abrange artigos Originais (resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual – máximo de 20 páginas); Observatório (opinião qualificada sobre tópico específico em odontologia – a convite dos editores); Revisão (avaliação crítica de um tema pertinente à odontologia – máximo de 20 páginas); Notas de Pesquisa (nota prévia, relatando resultados preliminares de pesquisa – máximo de 5 páginas); Relato de casos, ensaios, relatos de experiências na área da educação, saúde e, sobretudo, aspectos éticos / legais e sociais da odontologia, sob a forma de artigos especiais, inclusive de áreas afins (máximo de 15 páginas); Resenha (análise crítica de livro relacionado ao campo temático da Revista, publicado nos últimos dois anos ou em redes de comunicação on-line – máximo de 5 páginas); Tese (resumo de tese ou dissertação de interesse da odontologia, defendida no último ano – máximo de 200 palavras. Resumos de teses apresentadas em instituições não afiliadas às Universidades Estadual e Federal de Pernambuco deverão ser enviados juntamente com cópia do manuscrito completo para a sua incorporação ao acervo do CRO-PE); Cartas (crítica a artigo publicado em fascículo anterior da Revista, relatando observações de campo ou laboratório – máximo de 3 páginas).

3. PREPARAÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Serão aceitos artigos em português, espanhol ou inglês. Os originais deverão ser digitados em espaço duplo, papel ofício (tamanho A-4), observando-se o máximo de páginas para cada categoria, todas as páginas deverão estar devidamente numeradas e rubricadas pelo(s) autor(es), incluindo ilustrações e tabelas. Os trabalhos deverão ser enviados ao CRO/PE, on line ou impressos em 02 (duas) vias, e acompanhados do CD, usando um dos programas: MSWORD, WORD PERFECT, WORD FOR WINDOWS, e da Declaração de

Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais. O manuscrito deverá seguir a seguinte ordem:

A) Título (língua original) e seu correspondente em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de título em português ou espanhol;

B) Nome do(s) autor(es), por extenso, com as respectivas chamadas, contendo as credenciais (títulos e vínculos). Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência;

C) Resumo e Descritores (sinopse de até 200 palavras), com descritores (unitermos, palavras-chaves) de identificação, de conteúdo do trabalho, no máximo de cinco. Utilizar o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) <<http://decs.bvs.br/>> Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou espanhol;

D) Texto: o texto em si deverá apresentar introdução, desenvolvimento e conclusão (ou considerações finais). O exemplo a seguir deve ser utilizado para estruturação de um artigo, relato de uma pesquisa: INTRODUÇÃO: exposição geral do tema devendo conter os objetivos e a revisão de literatura; DESENVOLVIMENTO: núcleo do trabalho, com exposição e demonstração do assunto, que deverá incluir a metodologia, os resultados e a discussão; CONCLUSÃO: parte final do trabalho baseado nas evidências disponíveis e pertinentes ao objeto de estudo;

E) Sinopse ou Abstract, digitado em inglês, com descritores em inglês;

F) Agradecimentos - contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria. Também podem constar desta parte instituições pelo apoio econômico, pelo material ou outros;

G) As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

Proibida a reprodução, mesmo que parcial, sem a devida autorização do Editor Científico. Proibida a utilização de matéria para fins comerciais.

*Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

*No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote ®), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

H) Tabelas e/ ou figuras (máximo 5)

Tabelas: Devem ser apresentadas em folhas separadas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé e não no cabeçalho ou título. Se as tabelas forem extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras: As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.), citadas como figuras, devem estar desenhadas e fotografadas por profissionais. Devem ser apresentadas em folhas à parte e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2 cm (largura da coluna do texto) ou 15 cm (largura da página). Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Abreviaturas e Siglas: Deve ser utilizada a forma padrão. Quando não o forem, devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez; quando aparecerem nas tabelas e nas figuras, devem ser acompanhadas de explicação. Não devem ser usadas no título e no resumo e seu uso no texto deve ser limitado.

Conflito de interesses: Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

Publicação de ensaios clínicos: Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico. Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

* As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são: Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR) ClinicalTrials.gov International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN) Netherlands Trial Register (NTR) UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR) WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

Fontes de financiamento

- Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
- Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).
- No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

Acompanhamento: O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo através de contato direto com a secretaria da revista.

As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail.

O contato com a Secretaria Editorial deverá ser feito através do e-mail revista@cro-pe.org.br ou + 55 (81) 31944902

ANEXO I – INSTRUÇÕES PARA PUBLICAÇÃO – REVISTA SAÚDE E SOCIEDADE

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 0104-1290 *versão impressa*

ISSN 1984-0470 *versão on-line*

ESCOPO E POLÍTICA

Política editorial: Veicular produção científica de caráter crítico e reflexivo em torno do campo da saúde pública/coletiva de modo a socializar novas formas de abordar o objeto. Igualmente, veicular produção de técnicos de diversos órgãos, tais como secretarias estaduais e municipais de saúde, que divulgam resultados de seus trabalhos, com contribuições importantes e que não devem ficar restritas a relatórios de circulação interna, contribuindo para o avanço do debate e da troca de ideias sobre temas desafiantes, cujas raízes encontram-se na própria natureza multidisciplinar da área.

São particularmente valorizados artigos que façam interface da saúde com as ciências sociais e humanas.

Áreas de interesse: Desde sua criação, em 1992, **Saúde e Sociedade** tem publicado trabalhos de diferentes áreas do saber que se relacionam ou tenham como objeto de preocupação a saúde pública/coletiva. Nesse sentido, abarca a produção de diferentes ramos das ciências humanas e sociais e da ciência ambiental, incorporando a produção científica, teórica e aquela mais especificamente relacionada às propostas de intervenção e prática institucional.

Tipos de artigos:

Publica matérias inéditas de natureza reflexiva, de pesquisa e atualização do conhecimento, sob a forma de:

- a) artigos de pesquisas originais;
- b) análise de grandes temas de interesse da área;
- c) ensaios de natureza teórica, metodológica ou técnica, que estimulem a polêmica ou o tratamento de temas específicos sob diferentes enfoques;
- d) dossiês - textos ensaísticos ou analíticos resultantes de estudos ou pesquisas originais sobre tema indicado pelos editores e a convite deles.
- e) relatos de experiências nas áreas de pesquisa, do ensino e da prestação de serviços de saúde;

f) cartas à redação com comentários sobre ideias expressas em matéria já publicada pela revista, tendo em vista fomentar uma reflexão crítica acerca de temas da área;

g) comentários curtos, notícias ou críticas de livros publicados e de interesse para a área, definidos pelo Conselho Editorial;

h) entrevistas / depoimentos de personalidades ou especialistas da área visando, quer a reconstrução da história da saúde pública/coletiva, quer a atualização em temas de interesse definidos pelo Conselho Editorial; e

i) anais dos congressos paulistas de saúde pública promovidos pela APSP, bem como de outros eventos científicos pertinentes à linha editorial da Revista.

A Revista veicula contribuições espontâneas que se enquadrem na política editorial da Revista bem como matéria encomendada a especialistas.

São particularmente valorizados artigos que façam interface da saúde com a área de humanas.

Procedimentos de avaliação por pares:

Na seleção de artigos para publicação, avalia-se o mérito científico do trabalho e sua adequação às normas editoriais adotadas pela revista. Todo texto enviado para publicação é submetido a uma pré-avaliação, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, é encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores), cujos nomes são mantidos em sigilo, omitindo-se, também, o(s) nome(s) dos autores perante os relatores. O material será devolvido ao(s) autor(es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Corpo Editorial da revista.

Do ineditismo do material

O conteúdo dos artigos enviados para publicação não pode ter sido publicado anteriormente ou encaminhado simultaneamente a outro periódico. Os artigos publicados na *Saúde e Sociedade*, para serem publicados em outros locais, ainda que parcialmente, necessitam de aprovação por escrito por parte dos Editores e neles deverá constar a informação de que o texto foi publicado anteriormente na revista *Saúde e Sociedade*, indicando o volume, número e ano de publicação.

A ocorrência de plágio implica em exclusão imediata do sistema de avaliação.

Da autoria

As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou a sua revisão crítica; e aprovação da versão a ser publicada.

No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

Formato

Papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Número máximo de páginas: 20 (incluindo ilustrações e referências bibliográficas).

Estrutura

Título: Conciso e informativo. Na língua original e em inglês. Incluir como nota de rodapé a fonte de financiamento da pesquisa.

Nome(s) do(s) autor(es): todos devem informar a afiliação institucional (em ordem decrescente, por exemplo: Universidade, Faculdade e Departamento) e e-mail. O autor responsável pela correspondência também deve informar seu endereço completo (rua, cidade, CEP, estado, país).

Resumos: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e no máximo 250, incluindo objetivos, procedimentos metodológicos e resultados. Devem preceder o texto e estar na língua do texto e em inglês (abstract).

Palavras-chave: De 3 a 6, na língua do texto e em inglês, apresentados após o resumo.

Gráficos e tabelas: Os gráficos e tabelas devem ser apresentados em seus programas originais (por exemplo, em Excel: arquivo.xls), devidamente identificados, em escala de cinza, em arquivos separados do texto. Além disso, os gráficos e tabelas também devem estar inseridos no texto original.

Imagens: As imagens (figuras e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, com no mínimo 8 cm de largura, em escala de cinza, em arquivos separados do texto. Além disso, todas as imagens também devem estar inseridas no texto original.

Citações no texto: Devem ser feitas pelo sobrenome do autor (letra minúscula), ano de publicação e número de página quando a citação for literal, correspondendo às respectivas referências bibliográficas. Quando houver mais de três autores, deve ser citado o primeiro, seguido de “et al.”. Exemplo: Martins et al. (2014) ou (Martins et al., 2014).

Referências

Será aceito no máximo 40 referências por artigo com exceção dos artigos de revisão bibliográfica. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências bibliográficas citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da ABNT NBR 6023, serem apresentadas ao final do trabalho e ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor. A seguir alguns exemplos:

☐ **Livro**

FORTES, P. A. de C.; RIBEIRO, H. (Org.). *Saúde global*. São Paulo: Manole, 2014.

☐ **Capítulo de Livro**

GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. Crianças, adolescentes e jovens do Brasil no fim do século XX. In: WESTPHAL, M. F. *Violência e criança*. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 45-72.

☐ **Artigo de Periódico**

BASTOS, W. et al. Epidemia de *fitness*. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 485-496, 2013.

☐ **Tese**

SANTOS, A. L. D. dos. *Histórias de jovens que vivenciaram a maternidade na adolescência menor: uma reflexão sobre as condições de vulnerabilidade*. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Materno-Infantil)-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

☐ **Documento on-line**

WHO GLOBAL MALARIA PROGRAMME. World malaria report: 2010. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/worldmalariareport2010.pdf >. Acesso em: 7 mar. 2011.

☐ **Legislação (Lei, Portaria etc.)**

- Versão impressa

BRASIL. Lei nº 9887, de 7 de dezembro de 1999. Altera a legislação tributária federal. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 8 dez. 1996. Seção 1, p. 13.

- Versão eletrônica

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 nov. 2005. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2005/p_20051111_485.pdf >. Acesso em: 17 jan. 2007.

☐ **Artigo ou matéria de jornal**

CUPANI, G. População sedentária preocupa médicos reunidos em simpósio. Folha de S. Paulo, São Paulo, 15 out. 2010. Equilíbrio e Saúde, p. 14.

☐ **Trabalho apresentado em evento (congresso, simpósio, seminário etc.)**

- Versão impressa

COUTO, M. T.; SOTT, R. P. Ética, diversidade e saúde reprodutiva. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, 2., 1999, São Paulo. *Livro de resumos...* São Paulo: Abrasco: Unifesp, 1999, p. 100.

- Versão eletrônica

CARVALHO, C. A. Religião e aids: segredos e silêncios. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO EM DST/AIDS, 4., 2001, Cuiabá. *Anais...* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001, p. 71-72. Disponível em: <<http://www.portalsaudebrasil.com/artigospsb/public007.pdf>>. Acesso em: 18 ago.2006.

Open Access

A *Saúde e Sociedade* utiliza o modelo *Open Access* de publicação, portanto seu conteúdo é livre para leitura e download, favorecendo a disseminação do conhecimento.

Taxas

A *Saúde e Sociedade* não cobra taxas de submissão, avaliação ou publicação de artigos.

ENVIO DO MATERIAL

<http://submission.scielo.br/index.php/sausoc/login>