

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Jenifer Rossi

**A SAÚDE BUCAL NOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE 2018-2021: UMA  
ANÁLISE DOCUMENTAL NA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO  
RS**

Santa Maria, RS  
2022

Jenifer Rossi

**A SAÚDE BUCAL NOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE 2018-2021: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL NA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO RS**

Artigo de Conclusão apresentado ao programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Sistema Público de Saúde, área de concentração: Vigilância em Saúde.

Orientadora: Profa.<sup>a</sup> Dra Lisiane Boer Possa

Santa Maria, RS  
2022

**Jenifer Rossi**

**A SAÚDE BUCAL NOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE 2018-2021: UMA  
ANÁLISE DOCUMENTAL NA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO  
RS**

Artigo de Conclusão apresentado ao programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Sistema Público de Saúde, área de concentração: Vigilância em Saúde.

**Aprovada em 18 de março de 2022:**

---

Lisiane Boer Posa (UFSM) (Orientador)

---

Beatriz Unfer (UFSM)  
(Avaliador substituto)

---

Andréia Moro, Terapeuta Ocupacional (4ª CRS)  
(Avaliador titular)

Santa Maria, RS  
2022

# **A SAÚDE BUCAL NOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE 2018-2021: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL NA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO RS**

AUTORA: Jenifer Rossi

ORIENTADORA: Lisiane Boer Posa

Introdução: A partir de movimentos sociais importantes da construção do SUS é que o planejamento se tornou indispensável para a implementação de políticas públicas, regendo-se por instrumentos básicos que visam operacionalizar as ações propostas para qualificação da rede de atenção à saúde. A saúde bucal ainda enfrenta dificuldades na sua efetivação diante da incipiência de iniciativas nos planos de saúde. Justifica-se pela sua relevância em verificar a importância dada à saúde bucal no planejamento local da saúde. Objetivo: analisar as ações de saúde bucal nos planos municipais de saúde da 4ª CRS. Metodologia: trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado a partir da categorização de metas relativas à saúde bucal nos planos de saúde dos municípios da 4ª CRS. Resultados: 71,87% dos municípios demonstraram metas que buscavam ampliar a cobertura de saúde bucal; 62,5% na integralidade e qualidade da atenção; 71,87% na promoção e prevenção; 25% nos recursos físicos e tecnológicos e 34,37% na educação permanente em saúde e gestão do trabalho. Conclusão: o estudo permitiu evidenciar a falta de planejamento no âmbito local, despreparo dos atores envolvidos na construção dos planos a partir da análise epidemiológica em saúde bucal.,

Descritores: planejamento em saúde; planos de saúde; saúde bucal

## **ABSTRACT**

### **ORAL HEALTH IN MUNICIPAL HEALTH PLANS 2018-2021: A DOCUMENTAL ANALYSIS IN THE 4th REGIONAL HEALTH COORDINATION OF RS**

**AUTHOR:** Jenifer Rossi

**ADVISOR:** Lisiane Boer Posa

**Introduction:** Based on important social movements in the construction of the SUS, planning has become indispensable for the implementation of public policies, governed by basic instruments that aim to operationalize the proposed actions for the qualification of the health care network. Oral health still faces difficulties in its effectiveness in view of the incipience of initiatives in health plans. It is justified by its relevance in verifying the importance given to oral health in local health planning. **Objective:** to analyze the oral health actions in the municipal health plans of the 4th CRS. **Methodology:** this is a qualitative, descriptive and exploratory study, carried out from the categorization of goals related to oral health in the health plans of the municipalities of the 4th CRS. **Results:** 71.87% of the municipalities demonstrated goals that sought to expand oral health coverage; 62.5% in the integrality and quality of care; 71.87% in promotion and prevention; 25% in physical and technological resources and 34.37% in continuing education in health and work management. **Conclusion:** the study showed the lack of planning at the local level, unpreparedness of the actors involved in the construction of plans from the epidemiological analysis in oral health.

**Keywords:** health planning; health insurance; oral health

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>4</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2 METODOLOGIA.....</b>	<b>11</b>
<b>3 RESULTADOS.....</b>	<b>12</b>
<b>4 DISCUSSÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>19</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>20</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária brasileira foi um movimento de redemocratização social que iniciou em meados da década de setenta (70), reunindo diferentes segmentos sociais que buscavam romper com as desigualdades existentes no país e com o cunho mercantilista que envolvia a saúde brasileira a fim de tornar a sociedade mais inclusiva e a saúde passível de ser acessada por todos. (PAIM, 2007; AROUCA, 2003). Diante deste cenário, o conceito e a abordagem dada à saúde passaram a ser discutidos, em espaços legitimados de participação social, a fim de reestruturar os seus objetivos. A exemplo, temos a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1988, a qual mostrou-se um importante fórum para o debate proposto pelo movimento sanitário. Dentre as deliberações registrada em seu relatório, está a saúde como um direito universal que deve ser garantido pelo estado democrático.

A partir deste contexto outros marcos foram importantes para consolidar as novas propostas para a saúde dos brasileiros, dentre eles, a lei majoritária do país, a Constituição Federal (CF) de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde de nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e nº 8142 de 28 de dezembro do mesmo ano. Essas disposições legais criaram a maior política pública estatal brasileira, o Sistema Único de Saúde (SUS). Também dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, objetivos e atribuições nos três entes federativos, financiamento, gestão, planejamento, orçamento e a participação social (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b). O Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 regulamenta a leis orgânica da saúde, no intuito de estabelecer os regramentos para organização do SUS, o planejamento na saúde, a atenção à saúde, bem como a articulação interfederativa (BRASIL, 2011)

Considerando o processo histórico de construção do SUS, o planejamento em saúde torna-se ferramenta indispensável para a consolidação e efetivação de seus princípios e diretrizes. É o dispositivo que torna possível definir prioridades, formular propostas e indicar as ações. Estas são construídas e deliberadas pelos fóruns de participação social, quais sejam conferências e conselhos de saúde municipais, estaduais e nacional. Compõe os planos de saúde a análise da situação de saúde, os objetivos, as metas, e os indicadores que orientam as gestões, os orçamentos e a avaliação dos sistemas dos entes federados correspondentes. O planejamento, portanto, busca definir propostas da organização do SUS em cada território, aliando-se às práticas de regulação e de alocação eficiente e efetiva os recursos financeiros (BRASIL, 2016).

O planejamento no SUS rege-se por três instrumentos básicos: o plano de saúde, a programação anual e o relatório de gestão, os quais compõem uma cadeia ordenada de iniciativas que operacionalizam a rede de saúde otimizando e direcionando as ações no âmbito dos entes federados. Para tanto, as ações propostas nos planos de saúde partem das Conferências de Saúde, as quais expressam as necessidades apresentadas pelos diferentes segmentos sociais, quais sejam, usuários, trabalhadores e gestores dos SUS e são aprovados, ou não, pelos Conselhos de Saúde. Para tanto, o planejamento em saúde deve ocorrer de forma ascendente do nível local ao federal, passando pelos órgãos deliberativos, alinhando as demandas elencadas com os recursos disponíveis para o setor saúde (BRASIL, 1990).

É relevante registrar que cada um dos entes federados tem autonomia prevista no Artigo 18º da CF, o que significa ter a capacidade de auto-organização, autogoverno e autoadministração (BRASIL, 1988). Este contexto amplia a importância dos níveis de governo lançarem mão das pactuações interfederativas de modo a garantir a complementaridade e a funcionalidade SUS (BRASIL, 2016).

Os municípios, a partir da diretriz da descentralização político-administrativa, prevista no artigo 198 da Constituição Federal, assumem a responsabilidade pela execução dos serviços de saúde, sendo tarefas dos estados e da União apoiar técnica, financeiramente e atuar de forma complementar na oferta de serviços (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; BRASIL, 2011). Nesse contexto, o planejamento local em saúde é imprescindível para identificar as necessidades em saúde e averiguar a capacidade instalada dos serviços de modo a garantir a resolutividade, integralidade do atenção e organização das redes de atenção regionalizadas, as quais preveem a delimitação geográfica que agrupa os municípios, identificados pela similaridade da cultura, economia e contexto social, juntamente a rede de infraestrutura de transportes e comunicação compartilhados, com o intuito integrar o planejamento, organização e execução das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

O plano de saúde mostra-se como um dos pilares para o planejamento em saúde, pois consolida as políticas através do comprometimento do estado com a sociedade diante das ações propostas, advindas da análise situacional e das instâncias de participação social, garantindo assim o compromisso com a saúde da população e a articulação das esferas de governo, favorecendo uma rede de saúde menos fragmentada e mais engajada com a necessidade de saúde dos municípios. Dessa forma, as proposições das políticas públicas de saúde, dentre elas as de saúde bucal, passam a ser inseridas no planejamento regional de saúde a fim de tornar coeso os processos, o que são garantidos por meio dos instrumentos comuns de planejamento, os planos e as programações de saúde (BRASIL, 2016).



No decorrer da história, a saúde bucal pública brasileira mostrou um caráter de atenção baseado no modelo hegemônico, no qual a massa populacional era submetida aos serviços odontológicos voltados para o modelo curativista e mutilador, com baixa cobertura de atenção e, portanto, dificuldades no acesso aos serviços. A prevenção em saúde bucal, ainda incipiente, restringia-se especialmente às crianças em idade escolar e as ações eram pensadas para atender as doenças cárie e periodontal (OLIVEIRA; SALIBA, 2005).

A ruptura do modelo biomédico da saúde bucal se deu mediante a sua inserção nos Programas de Saúde da Família, criados em 1994, com o intuito de favorecer o acesso e direcionar a oferta de procedimentos aos eixos de promoção e prevenção em saúde bucal, sendo destinados recursos financeiros aos municípios através da Portaria Ministerial Nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000, a fim de superar as iniquidades existentes (BRASIL, 2000). Em 2004 o Programa Brasil Sorridente (PBS) consolida efetivamente a política de saúde bucal brasileira transversalizando e ampliando suas ações ao articular-se com outras políticas de saúde. Este programa endossa a diretriz da integralidade que norteia a organização do SUS que pressupõe a promoção, prevenção, a recuperação e a manutenção da saúde bucal, qualificando o processo de cuidado e intervindo nos agravos bucais que acometem a população brasileira (BRASIL, 2004). A reorientação da atenção provocada pelo PBS transcende a expansão da cobertura da saúde bucal, uma vez que propõe um olhar voltado à integralidade do cuidado aos usuários através da criação da rede de atenção à saúde bucal e do trabalho realizado de forma multi e interprofissional, provocando os profissionais das demais áreas a perpassar as especificidades odontológicas (BRASIL, 2004)

Diante disso é oportuno destacar que, com a criação do PBS, a saúde bucal recebeu maior atenção sendo incluída rol de atividades prioritárias da esfera federal (MACHADO et al., 2011) e, conseqüentemente das demais esferas, especialmente a municipal, que deveriam incorporar em seus planejamentos as ações pertinentes à essa política, uma vez que passam a receber incentivo financeiro para ampliação da atenção em saúde bucal. Todavia, as ações relativas a essa política ainda estão incipientes na composição dos objetivos previstos nos instrumentos do planejamento em saúde. Esse cenário é corroborado por um estudo, realizado por Presta et al. 2007 referente aos Planos Municipais de Saúde (PMS) de uma regional do estado do Paraná, o qual constatou que a saúde bucal tem sido pontuada nos planos de saúde municipais de forma descritiva nos objetivos, entretanto, com fragilidades quanto à clareza das ações propostas para essa política, evidenciando que ainda é tênue o processo de planejamento em saúde bucal para responder as necessidades da população.

Em face ao desafio de garantir maior acesso e integralidade da atenção à saúde bucal é que se torna importante pautá-la nos instrumentos de planejamento a fim de garantir, através do financiamento, da implementação, do monitoramento e da avaliação das ações, avanços nas propostas consolidadas nessa política, que foi formulado concomitantemente com as principais políticas de saúde. Embora busque romper com o modelo biomédico através da transversalidade das ações da saúde bucal, ainda é um desafio transformar as práticas de cuidado, essa dificuldade pode ser atribuída à falta de acesso aos serviços e a manutenção dos procedimentos mutiladores, que são os principais desfechos no caso da manutenção das condições precárias da oferta da saúde bucal. Destaca-se ainda que as insuficiências de recursos destinados às ações de saúde bucal e manutenção da formação dos profissionais tendo como base o modelo biomédico são empecilhos importantes que evidenciam o investimento limitado que a saúde bucal tem no Brasil.

Este trabalho, portanto, justifica-se pela sua relevância em verificar qual a importância dada à saúde bucal pelos atores sociais envolvidos no planejamento local da saúde. Apesar da política de saúde bucal ter garantido, ao longo dos anos, espaço notável nas discussões e no fortalecimento das ações da APS, bem como proporcionado avanço no cenário epidemiológico brasileiro das doenças bucais, ainda assim, encontra-se às margens de se comparadas à outras políticas sociais, o que é expresso pela baixa cobertura de serviços de saúde bucal no país. Com isso, faz-se necessário a problematização das políticas locais de saúde bucal o que se propõe com este estudo. Trata-se de uma iniciativa que aspira contribuir com a qualificação do planejamento em saúde bucal dos municípios da região da 4ª CRS, bem como sensibilizar os atores para que se tenha a garantia de financiamento adequado para responder as necessidades dos indivíduos e coletividades em cada território. Para tanto, a seguir será apresentada a rede de atenção de saúde bucal da região e a análises acerca das ações que compreendem a saúde bucal previstas nos planos municipais de saúde dos municípios da 4ª CRS do RS dos anos de 2018 a 2021.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, no tema saúde bucal abordados nos planos municipais de saúde pertencentes a 4ª coordenadoria regional de saúde (4ª CRS) do estado do RS.

A fonte dos dados compreendeu os sistemas públicos de informação, E-gestor (Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica), SARGSUS (Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão) do Ministério da Saúde, o BI (Sistema de Informações de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul), os sites oficiais das prefeituras municipais e acervo de planos municipais do setor de planejamento, monitoramento e avaliação da 4ª CRS. Por se tratar de um estudo com dados públicos, não foi necessária apreciação em comitê de ética em pesquisa na saúde.

A coleta dos dados se deu mediante pesquisa nos planos municipais de saúde dos 32 municípios que compreendem a região da 4ª CRS. Os planos avaliados foram elaborados para orientar os gestores quanto às ações previstas no período de 2018-2022.

A análise dos dados seguiu a metodologia de análise de conteúdo segundo Bardin (2016). Esta, define a análise de dados como “um conjunto de operações que buscam representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar a sua consulta e referência (p.51)”. Este método de estudo nada mais é, que a representação condensada da informação, utilizando-se da análise categórica, como uma de suas técnicas para a análise de conteúdo. (BARDIN, 2016)

Na pré-análise foram destacados os conteúdos relativos à saúde bucal. Estes foram agrupados em um documento único. Na fase de exploração do material foram codificadas e identificadas as unidades de registros quais sejam: diagnósticos e análises situacionais e metas. Estes registros foram enumerados considerando como critério a presença (ou ausência) e frequência que estavam explicitadas nos PMS. Por fim foi realizada uma categorização semântica das metas de saúde bucal previstas nos planos municipais de saúde da 4ª CRS bem como a quantificação dos que dispuseram de análise situacional em saúde bucal. A categorização visa agrupar os dados com características comuns através de classes, mediante critérios estabelecidos (BARDIN, 2016). Após selecionar todas as metas de saúde bucal elencadas nos planos, elas foram alocadas em seis categorias determinadas pela pesquisadora, que foram baseadas nos princípios e diretrizes do SUS. Cabe destacar que o mesmo município pode ter apresentado mais de uma meta relativa as categorias propostas neste estudo.

### 3 RESULTADOS

O estudo versa sobre uma análise dos planos municipais de saúde dos 32 municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde que regeram a gestão dos anos de 2018 a 2021. Esta macrorregional é dividida em duas regiões, a verdes campos ou região 1, composta por 21 municípios e população estimada em 461.969 mil habitantes, e a Entre Rios ou região 2, composta por 11 municípios e população estimada em 122.658 mil habitantes. Foram localizados os planos municipais dos 32 municípios. Constatou-se que 31 municípios apresentaram análise situacional dos seus territórios (96,8%), e destes somente 16 fizeram uma análise situacional da saúde bucal (50%). Dos 32 municípios, três (3) não apresentaram nenhuma meta equivalente à saúde bucal, o que se pode inferir a falta de iniciativa e comprometimento com essa política.

Percebe-se que em relação a análise situacional há uma padronização quanto ao conteúdo desse tópico, prevalecendo na grande maioria, os dados demográficos dos municípios, bem como políticas implementadas e ações desenvolvidas a partir dos indicadores de saúde propostos nacionalmente. Já no que tange a análise situacional de saúde bucal, percebe-se que está voltada basicamente na ampliação do acesso à de saúde bucal e à rede assistencial de ações promotoras, preventivas e reabilitadoras. No entanto, as informações ainda não são precisas e alinhadas, o que denota a fragilidade diante de uma etapa fundamental do planejamento em saúde, a análise situacional. É evidente que um diagnóstico e análise da saúde displicente, impossibilita que as propostas sejam adequadas as necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades que são diversas em cada território, tampouco favorece uma coesão no organograma e nas diretrizes, metas e indicadores previstos na construção dos planos municipais de saúde.

Foram extraídos dos planos municipais de saúde, as metas pertinentes à saúde bucal encontradas nos planos. Por conseguinte, as metas foram alocadas em categorias, que foram denominadas: acesso aos serviços; integralidade e qualidade da atenção; promoção e prevenção; recursos físicos e tecnológicos e; educação permanente e gestão do trabalho. Ficou evidente que não havia uma uniformidade de escrita, o que indica a incompreensão dos conceitos, e as metas não apresentavam delineamento claro o que dificultou a categorização. O Quadro 1 apresenta o resultado da análise de conteúdo das metas encontradas.

Quadro 1: Categorias analíticas, metas e número absoluto e percentual de planos em que estiveram presentes.

Categorias e metas/ Municípios que contemplaram a categoria no PMS		Nº	%
Acesso aos serviços de saúde bucal	Cobertura populacional com acesso aos serviços de saúde bucal	23	71,87%
	Ampliação do número de profissionais de saúde bucal (auxiliares técnicos e dentistas) na rede de saúde		
	Primeiras consultas odontológicas		
	Serviços de saúde bucal mediante acolhimento		
	Programas municipais voltados à ampliação do acesso em saúde bucal		
	Garantia de acesso aos serviços que ofertam serviço de saúde bucal sob sedação geral		
	Referência para os serviços anátomo-patológicos		
	Garantia de Especialidades nos CEOS e manutenção dos CEOS		
	Distribuição gratuita de medicamentos, sob prescrição médica/odontológica		
Integralidade e qualidade da atenção em saúde bucal	Consultas odontológicas à gestante	20	62,5%
	Consultas odontológicas à crianças, até 12 anos incompletos		
	Percentual de exodontia realizada em relação aos procedimentos		
	Longitudinalidade do cuidado em saúde bucal		
	Visitas domiciliares a pacientes acamados/restritos em domicílio		
	Oferta de Próteses		
	Consultas à grupos prioritários (pacientes com doenças crônicas não-transmissíveis, idosos, PCDs)		
	Consulta e outros procedimentos individuais e curativos (consultas por demanda espontânea, urgência e agendadas)		
	Tratamentos concluídos em relação às primeiras consultas odontológicas		

Categorias e metas/ Municípios que contemplaram a categoria no PMS		Nº	%
Promoção e prevenção em saúde bucal	Ações de escovação dental supervisionada e ATF e de avaliação em saúde bucal	23	71,87%
	Ações intersetoriais de avaliação e prevenção em saúde bucal (escovação dental supervisionada e ATF)		
	Promoção e prevenção da saúde bucal em grupos de saúde da APS e domicílios		
	Ações de promoção e prevenção ao câncer de boca		
	Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal		
	Monitoramento do controle da água(flúor)		
Recursos Físicos e Tecnológicos	Aquisição de equipamentos odontológicos permanentes	8	25%
	Utilização de sistemas de informações nas equipes de SB		
	Fortalecer o processo de biossegurança e adequação sanitária		
Educação Permanente em Saúde e Gestão do Trabalho	Participação nas reuniões de equipe	11	34,37%
	Protocolos de atendimento em Saúde Bucal		
	Capacitação dos agentes municipais de saúde.		
	Estabelecer relatórios de produção sistemáticos		
	Educação continuada dos profissionais da área da Odontologia		

Fonte: Elaborado pela autora.

Conforme o Quadro 1, vinte e três (23) municípios (71,87%) apresentaram metas que visavam ampliar o acesso a esses serviços, sendo que quatorze (14) propuseram o aumento na cobertura populacional com acesso aos serviços de saúde bucal e sete (7) do número de profissionais atuantes na saúde bucal (auxiliares e técnicos em saúde bucal, além de dentistas. No que diz respeito aos programas voltados à ampliação do acesso em saúde bucal, seis (6) municípios contemplaram essa meta, um (1) município propôs ofertar serviços de saúde bucal mediante acolhimento, enquanto cinco (5) municípios apontaram a necessidade de aumentar o número de primeiras consultas odontológicas programáticas. No que tange ampliar o acesso à atenção especializada, as metas foram referentes à garantia de acesso aos serviços de saúde

bucal sob sedação geral, referência para os serviços anátomo-patológicos e garantia das especialidades e manutenção dos CEOs em 2, 1 e 3 municípios, respectivamente. Apenas 1 município apontou a necessidade de garantir os serviços de assistência farmacêutica quanto à distribuição gratuita de medicamentos, sob prescrição médica/odontológica.

No âmbito da integralidade e qualidade da atenção em saúde bucal, vinte (20) municípios (62,5%) propuseram iniciativas para a qualificação da atenção. Dentre as metas que compreendem essa categoria, destacam-se: consultas odontológicas à gestante dez (10) municípios; número de exodontias realizadas em relação aos procedimentos cinco (5) municípios; consultas odontológicas à crianças até 12 anos seis (6) municípios; longitudinalidade do cuidado em saúde bucal quatro (4) municípios; visitas domiciliares seis (6) municípios; ampliar a cobertura de oferta de próteses seis (6) municípios; consultas a grupos prioritários, tais como pacientes com doenças crônicas não-transmissíveis, idosos, Pacientes com Deficiência (PCD) em três (3) municípios; consulta e outros procedimentos individuais e curativos, consultas por demanda espontânea, urgência e agendadas dois (2) municípios e; aumento do número de tratamentos concluídos em relação às primeiras consultas dois (2) municípios. Percebe-se que vários municípios levaram em consideração a importância da qualidade da atenção em saúde bucal.

A promoção e prevenção em saúde bucal foi citada por vinte e três (23) municípios (71,87%). As metas que foram classificadas nesta categoria foram relativas as ações de escovação dental supervisionada, aplicação tópica de flúor e avaliação em saúde bucal presentes em nove (9) PMS, sete (7) deles citaram as ações intersetoriais de avaliação e prevenção em saúde bucal, cinco (5) incluíram a promoção e prevenção da saúde bucal em grupos de saúde da atenção primária em saúde (APS) e domicílios, três (3) abordaram ações voltadas à promoção e prevenção ao câncer de boca, dois (2) incluíram a realização de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal e dois (2) o monitoramento da água, especialmente no que se refere ao flúor.

A categoria dos recursos físicos e tecnológicos estiveram presente em oito (8) PMS (25%). Foram relativas à aquisição de equipamentos odontológicos permanentes seis (6) PMS, utilização de sistemas de informações nas equipes de SB em três (3) PMS e fortalecimento do processo de biossegurança e adequação sanitária em dois (2) PMS.

Por fim, a educação permanente e a gestão do trabalho em saúde, foram tratadas num total de onze (11), (34,37%) PMS, dos quais: três (3) apresentaram metas de participação nas reuniões de equipe; dois (2) a formulação de protocolos de atendimento em saúde bucal; três

(3) capacitação dos agentes municipais de saúde; um (1) município citou a produção de relatórios sistemáticos e educação continuada dos profissionais da área da odontologia.

#### **4 DISCUSSÃO**

A análise situacional é ferramenta indispensável para o planejamento em saúde, haja vista que, a partir dela, determinam-se as necessidades de saúde da população e as peculiaridades de determinado território, propondo iniciativas a serem desenvolvidas. Todavia, diante dos resultados obtidos neste estudo, em que apenas cinquenta por cento (50%) realizaram uma análise situacional específica da saúde bucal, percebe-se fragilidade nesse quesito.

Estes resultados vão ao encontro do estudo realizado por Presta et al. 2007, que diagnosticou a carência do desenvolvimento de um planejamento adequado em saúde bucal, expressos nas insuficiências dos planos municipais, que eram displicentes acerca da presença de pontos cruciais para o ordenamento das ações em saúde bucal, tais como a falta de definição de prioridades a partir da análise epidemiológica e estratégias de ação e processos avaliativos. Este estudo, que é corroborado pelos resultados desta pesquisa, indicam a necessidade de provocar a formação dos gestores e trabalhadores, em especial aqueles da saúde bucal, para o exercício do planejamento em saúde e, dessa forma possibilitar a elaboração de PMS que contenham iniciativas fundamentadas na realidade dos territórios e com possibilidade da qualificação e atenção em saúde bucal atendendo as necessidades das pessoas e coletividades.

Basicamente, uma análise situacional bem elaborada ancora-se: na análise das necessidades em saúde; na estrutura e gestão do sistema de saúde; na formação das redes de atenção; nas condições socio sanitárias; nos fluxos de acesso; nos recursos físicos, tecnológicos e financeiros; na gestão do trabalho e da educação em saúde; na ciência, tecnologia e inovações. Estes são elementos que configuram a elaboração do mapa em saúde (BRASIL, 2016).

No entanto, nem sempre é assim, como demonstrado neste estudo, mesmo quando está presente a análise situacional é frequentemente produzida de forma simplificada ou, plagiada dos documentos de outras instâncias federativas, não contemplando um diagnóstico efetivo dos problemas e potencialidades do território e dificultando o processo de tomada de decisão que respondam a essas questões. Nesse sentido, é preciso sejam revisitados os fundamentos do planejamento situacional, considerando todos os momentos propostos que perpassam pela



análise inicial do contexto, formulação de a partir da análise, proposição de ações a partir do objetivo, e por fim, a sua execução e monitoramento (MATUS, 1989).

Outro ponto a ser discutido nesse estudo, refere-se à cobertura de saúde bucal da região da 4ª CRS no âmbito da atenção básica. Atualmente, a cobertura encontra-se em 46,95%, sendo que a meta prevista para o estado do RS é de 44,62%. Esses dados demonstram que a região atingiu a cobertura prevista considerando a proposição estadual (RIO GRANDE DO SUL, 2022). Desde 2004, com a implantação do PBS, houve uma crescente expansão na cobertura e oferta de serviços de saúde bucal em todo território nacional, como resultado dos repasses financeiros, a ampliação da infraestrutura e da força de trabalho (CHAVES, S. et al; 2017).

Paradoxalmente, a macrorregião é composta por municípios de pequeno e médio porte, sendo que o município menos populoso apresenta cerca de 1.881 habitantes, enquanto o mais populoso apresenta 283.677 (RIO GRANDE DO SUL, 2022). Nessa conjuntura, a fragilidade da rede de atenção em saúde bucal da região é evidenciada quando o município mais populoso, que é sede para os serviços especializados de saúde bucal, tais como CEO regional, ambulatório e hospital referência para cirurgia e traumatologia bucomaxilofaciais, apresenta a cobertura de saúde bucal na atenção básica de apenas 18%. Como o acesso é limitado infere-se que a atenção básica neste município é pouco resolutive o que pode resultar na demanda por outros serviços, como a atenção especializada, limitando ainda mais o acesso de municípios menores e estes serviços. Desta forma, para avançar na efetivação da política de saúde bucal faz-se necessário fomentar a ampliação da cobertura de saúde bucal na atenção primária em saúde e dos serviços especializados buscando garantir a longitudinalidade e integralidade da atenção (TRAVASSOS, C; MARTINS, M, 2004)

Como forma de facilitar a implantação de novas equipes de saúde bucal, além do fortalecimento da atenção básica, tanto o Ministério da Saúde quanto o governo do estado do RS instituíram novos modelos de financiamento, o Programa Previne Brasil e a Rede Bem-Cuidar, respectivamente. Estes ofertam incentivo financeiro aos municípios para modalidades diferenciadas de equipes de saúde bucal (BRASIL, 2019; RIO GRANDE DO SUL, 2021). Há municípios da 4ª CRS que não possuem equipes de saúde bucal, pois apenas dispõem do profissional dentista ou, não possuem carga horária suficiente dos profissionais, sendo uma das possíveis causas a insuficiência de recursos.

É oportuno pontuar que o antigo modelo de financiamento da atenção básica, que incluía o Programa Melhoria e Qualificação da Atenção Básica - PMAQ, em vigor até o ano 2019, utilizava alguns indicadores para avaliar a saúde bucal, cujo objetivo era superar algumas barreiras na atenção odontológica (BRASIL, 2015). Diante disso, percebeu-se que a construção

dos planos municipais incluídos neste estudo, que ocorreram no ano de 2017, ainda faziam referência ao antigo financiamento. Porém, nenhum dos municípios apresentou meta para todos os indicadores avaliados no PMAQ.

Outro ponto fundamental da análise da saúde bucal nos planos municipais, diz respeito a reduzida proposição de metas que contemplem a educação permanente em saúde como estratégia para a qualificação dos serviços de saúde bucal. Esta é uma ferramenta que contribui para as mudanças de práticas, superando o modelo curativista e mutilador hegemônico e construindo processos de trabalho mais inclusivos, eficientes e que respondam as necessidades que se apresentam no cotidiano do trabalho, uma vez que a educação permanente em saúde (EPS) objetiva envolver os atores sociais na construção de seus próprios processos de trabalho, fomentando suas práticas e o cuidado integral (CECCIM, 2004).

Para a construção da saúde bucal resolutiva em cada local é necessário considerar a formulação de metas nos planos municipais de saúde que contemple a educação permanente em saúde bucal. Como mostra Goulart et al., 2019 em seu estudo que mensura a influência da EPS na micropolítica do trabalho em saúde bucal, esta consolidação é morosa e, dependente da atenção dos gestores, que se abstêm de assumir a governabilidade e o planejamento diante dessa política.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo permitiu constatar que a maioria dos planos de saúde continham iniciativas referentes à saúde bucal, porém pode-se perceber uma dificuldade no discernimento acerca dos eixos estruturantes do organograma do plano de saúde: diretrizes, metas e indicadores, demonstrando fragilidade em diferenciar cada etapa da sua construção.

Apresentar uma análise situacional em saúde bucal por apenas metade dos municípios demonstra um desconhecimento sobre as necessidades epidemiológicas em saúde bucal o que corrobora para a falta de prioridade e planejamento na programação de ações em saúde bucal a serem executadas, a fim de qualificar a atenção em saúde bucal.

Há uma necessidade evidente de capacitar os atores sociais envolvidos quanto à importância de cada etapa do planejamento em saúde, propondo a elaboração precisa dos instrumentos de gestão que possibilitem a consolidação da política de saúde bucal

Dessa forma, com essa pesquisa, mostra-se que é preciso mais estudos na área do planejamento em saúde com vistas ao fortalecimento da política de saúde bucal nos instrumentos que norteiam as ações na saúde pública.

## REFERÊNCIAS:

AROUCA, A. S. **O dilema preventivista**. São Paulo: Unesp: Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 22 jan. 2022

BRASIL. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 28 de junho de 2011. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm) >

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.htm](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm)> Acesso em: <03 de março de 2022>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1444/GM Em 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 28 de dezembro de 2000

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf)>. Acesso em: 12 de março de 2022

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] República Federativa do Brasil**. Brasília, 20 de set. 1990. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em 10 de mar. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 31 de dez. 1990. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em 10 de mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Fundação Oswaldo Cruz. 1. ed. Brasília. Ministério da Saúde, 2016. 138 p.: il. – (Série Articulação Interfederativa; v.4. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao\\_interfederativa\\_v4\\_anual\\_planejamento\\_atual.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_anual_planejamento_atual.pdf)>. Acesso em: 9 de mar. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo PMAQ para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF**. 2 ed. Brasília. 2015. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf)>. Acesso em: 13 de mar. 2022

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Previne Brasil**. Brasília. 2019. Disponível em: <[https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento#:~:text=O%20Previne%20Brasil%20equilibra%20valores,atendimento%20\(Programa%20Sa%C3%BAde%20na%20Hora\)>](https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento#:~:text=O%20Previne%20Brasil%20equilibra%20valores,atendimento%20(Programa%20Sa%C3%BAde%20na%20Hora)>)>. Acesso em 13 de mar. 2022

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, A. O quadrilátero da formação para a área da saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.1, p.41-65, jan. /jun.2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 13 de mar. 2022

CHAVES, S. C. L.; LIMA, A. M. F.; ROSSI, T. R. A.; SANTANA, S. F.; BARROS, S.G.; SANTOS, C. M. L. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, jun, 2017. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/csc/2017.v22n6/1791-1803/>>, Acesso em: 09 de março de 2022.

MACHADO, C. V; BAPTISTA, T. W. F; NOGUEIRA, C. O. Políticas de Saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n.3, p.521-532, 2011. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2011.v27n3/521-532/pt>>. Acesso em: 3 de mar. 2022.

MATUS, C. **Política y Plan. Iveplan**. Caracas: Venezuela, 1982. 186p

OLIVEIRA, J. L. C.; SALIBA, N. A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 10, p. 297-302, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/yTQrZgDdTYmFhtw6S7xpxHb/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 01 de mar de 2022.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão crítica**. 2007. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>>. Acesso em: 1 de mar de 2022

PRESTA, A.A.; SALIBA, O.; GARBIN, C. A. S. A Saúde Bucal nos Planos Municipais de Saúde – Análise da 8ª Regional de Saúde do estado do Paraná. **RFO**, v. 12, n. 1, p. 27-31, janeiro/abril 2007. Disponível em: <>. Acesso em: 4 de mar de 2022

RIO GRANDE DO SUL. **[Portal do] BI**. Site da Secretaria Estadual de Saúde do Estado, 2022. Disponível em: <https://bi.saude.rs.gov.br/index.htm>. Acesso em 13 de março de 2022

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Rede Bem-Cuidar RS**. Porto Alegre. 2021. Disponível em:< <https://saude.rs.gov.br/rbcrs>>. Acesso em: 13 de mar de 2022

GOULART, W. S. L.; NETO, E. T. S.; ESPOSTI, C. D. D. A educação permanente e sua influência na micropolítica do trabalho em saúde bucal. **Tempus, actas de saúde coletiva**. V. 13, n. 3, p. 107-122. Brasília. 2020. Disponível em:< <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2646/1998>>. Acesso em: 13 de mar. 2022.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 20, n. 2, p. 190-198. Rio de Janeiro. 2004. Acesso em:<<https://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJPbbXtQ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 13 de mar. 2022