

PLANEJAMENTO EM SAÚDE BUCAL NA CIDADE DE PIRACICABA, SP: ESTUDO DE CASO

ORAL HEALTH PLANNING IN PIRACICABA, SP, BRAZIL: CASE STUDY

Elaine Pereira da Silva Tagliaferro¹
Cristiana Tengan¹
Ariana Bellotto Corrêa Kassawara¹
Dirce Aparecida Valério da Fonseca²
Antonio Carlos Pereira³
Marcelo de Castro Meneghim³

RESUMO

O objetivo deste estudo de caso foi analisar o processo de planejamento do sistema de atenção à saúde bucal na cidade de Piracicaba, SP, e descrever o perfil epidemiológico da cárie dentária na população em questão. As informações foram obtidas mediante entrevista com a Coordenadoria de Saúde Bucal e os dados epidemiológicos em documentos oficiais e artigos publicados. Até 1999, a filosofia da atenção baseava-se no atendimento da população de acordo com as necessidades de tratamento e os procedimentos preventivos restringiam-se aos escolares de 7 a 10 anos da rede pública, independente do risco de cárie. Os levantamentos epidemiológicos eram realizados esporadicamente e não havia avaliação das ações. Com a proposta de implantação do planejamento estratégico (PE), as atividades preventivas têm sido destinadas às crianças de 0 a 10 anos considerando o risco de doenças bucais; os levantamentos epidemiológicos são realizados periodicamente sendo verificado um declínio na prevalência de cárie; e as avaliações das ações em saúde ocorrem trimestralmente. Conclui-se que o PE, como uma ferramenta de gestão no serviço público, mesmo com as limitações encontradas neste estudo, possibilitou melhorar a organização, cobertura e qualidade dos serviços de atenção à saúde bucal.

Descritores: Planejamento em saúde; Odontologia; Cárie dentária

INTRODUÇÃO

Conceituação

O passo inicial de qualquer caminhada em direção a um futuro diferente do presente deve ser o planejamento. De acordo com Allem¹, o melhor conceito de planejamento seria "elaboração de plano(s) com objetivos específicos para anular problemáticas, através de ações sequencias corretivas". Ainda segundo este autor, o planejamento resulta da necessidade de gerar ou alterar realidades

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

² Cirurgiã-Dentista responsável pela área de Saúde Bucal da Prefeitura Municipal de Piracicaba

³ Professor Doutor do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

que apresentam pontos de estrangulamento ou restritivos. O planejamento geralmente "inclui desde a elaboração até a consecução de projetos que identificam metas, objetivos e mecanismos para a tomada de decisão e a implementação de ações".²

Faz-se necessário definir alguns termos usados na área de planejamento, como "planejar", "plano", "planejamento estratégico", "controle social", "avaliação", "implementação".

- *Planejar: desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade*";³
- *Plano: orientação para a ação, uma proposição de otimização dos trabalhos de outros, que não o do planejador*;⁴
- *Planejamento estratégico: "no sentido específico é o processo formal de longo alcance utilizado para transformação da missão, políticas e valores em objetivos e metas a serem obtidos por meio das estratégias, se materializando por meio de instrumentos e metodologia própria que assegure a eficaz gestão dos programas e projetos. No sentido geral, é o processo através do qual a organização se mobiliza para atingir o sucesso e construir o seu futuro, por meio de um comportamento proativo, considerando seu ambiente atual e futuro"*;⁵
- *Implementação: conjunto de "eventos e atividades que ocorrem depois da emissão de autorizações e de diretrizes de políticas públicas, que incluem os esforços para administrá-las e gerenciar seus impactos em pessoas e eventos"*;⁶
- *Sistemas de informação: "têm como função processar dados de forma a suprir necessidades de informação nos vários âmbitos do sistema de saúde, bem como torná-la transparente à comunidade e facilitar a recuperação dos dados obtidos pela equipe de saúde"*;³
- *Avaliação: "análise sistemática da pertinência (satisfação das necessidades, políticas e prioridades sociais e de saúde que se busca atender e aplicar), suficiência (proporcional às necessidades), progresso, eficiência (os esforços empreendidos são os mais satisfatórios possíveis em relação aos recursos empregados), eficácia (os resultados obtidos aproximam-se dos objetivos e metas fixados para reduzir as dimensões de um problema ou melhorar uma*

situação insatisfatória) e efeitos de um programa ou atividade de saúde”;^{2,7}

- Controle social: “Efeito da ação dos indivíduos e das comunidades sobre a gestão das instituições públicas ou privadas das quais são usuários, de forma que os serviços prestados e essas instituições correspondam às expectativas da comunidade e às tradições do país em termos políticos, sociais, culturais e administrativos”.⁷

Uma breve revisão sobre o assunto demonstra que a idéia de planejamento é introduzida na América Latina, a partir da década de 1940, com intuito de suplantar as diferenças econômicas existentes entre os países latino-americanos e os países capitalistas centrais.⁸ Para isso, os Estados Unidos promovem em 1961, em Punta del Este no Uruguai, uma reunião com vários países da América Latina com a finalidade de agregar ao planejamento econômico os setores sociais. Este evento resultou na elaboração da Carta de Punta del Este, que dentre outros objetivos, estabelecia na área da saúde metas com relação a taxas de mortalidade, saneamento e alimentação, organização dos serviços de saúde planejamento de saúde.⁸

Assim, o Centro de Estudos do Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela (Cendes) e a Organização Panamericana da Saúde (Opas), tomando como base os trabalhos de Mario Testa, um sanitariano argentino, publicaram em 1965 o documento “Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud”⁹ que apresentava um método de planejamento de saúde, conhecido como “método Cendes/Opas” ou planejamento normativo.⁸ Esse método, cuja lógica é mais voltada para o crescimento do que para a equidade, marca o início do planejamento em saúde na América Latina.¹⁰ De acordo com Giovanella⁸, nesse método, “a formulação do plano é iniciada com a realização de um diagnóstico. A partir desse diagnóstico, é feita uma seleção de prioridades e proposta uma nova organização de recursos, relacionando-se então os instrumentos normalizados aos danos priorizados, com o intuito de alcançar maior eficácia e eficiência nas ações de saúde”. Caracteriza-se pela atuação de apenas um ator, entendido como um técnico a serviço do político, planeja com plenos poderes, não levando em conta interesses contraditórios que possam existir. A existência de problemas que o método não conseguia resolver levou os planejadores ao descontentamento e, no final dos anos 1960, o método caía em descrédito.

Carlos Matus, um economista chileno, propõe em 1972, em um documento intitulado “Estrategia y Plan”, a criação de estratégias de desenvolvimento coerentes com

a eficácia econômica e política, cuja discussão também atinge a área da saúde.⁸ Diferentemente do método normativo, nesse método de planejamento, definido como planejamento estratégico situacional, vários atores planejam dentro da realidade.⁸ Tem sido considerado como uma das tecnologias gerenciais mais difundidas.¹¹

Para Matus, o processo de planejamento engloba quatro momentos: o explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional. De acordo com Azevedo¹², “o momento explicativo é aquele onde se está indagando sobre as oportunidades e problemas que enfrenta o ator que planeja e buscando, antes de tudo, explicar suas origens e causas. O momento normativo corresponde ao desenho de como deve ser a realidade, que, no planejamento tradicional, se confunde com todo o processo de planejamento. O momento estratégico se relaciona à questão da viabilidade e, portanto, aos obstáculos a vencer para aproximar a realidade da situação eleita como objetivo. O momento tático-operacional é ‘o fazer’ — é o momento decisivo do planejamento situacional. O momento tático-operacional combina um processo de avaliação do que se tem feito frente aos efeitos esperados, com uma pré-avaliação dos impactos para conduzir a decisões que gerem maior aproximação com os objetivos perseguidos”.

Outras duas tendências de planejamento, em que o ator ou atores que planejam fazem parte da realidade a ser planejada também foram desenvolvidas na América Latina: Enfoque Estratégico da Programação em Saúde, desenvolvida pela Escola de Saúde Pública de Medellín em 1975; e Pensamento Estratégico, elaborada por Mario Testa em 1981.¹⁰ No Enfoque estratégico da Programação em Saúde, apresentava-se conceitos e orientações sobre a formulação de políticas de saúde e concebia o sistema de saúde a partir de três componentes: o político, o técnico-político e o nível técnico-operacional.¹³ No Pensamento estratégico, o planejamento é tido como um “instrumento capaz de auxiliar no cumprimento de uma única imagem-objetivo possível, a da acumulação e desacumulação de poder”.¹⁴

Paralelamente, a década de 1980 consolida no Brasil o entendimento de que saúde é a expressão da qualidade de vida de uma população. Dentre as transformações sofridas pelo sistema de saúde brasileiro, vale enfatizar a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que passa a ser uma nova formação política e organizacional dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988, com a descentralização e a conseqüente maior participação dos poderes locais nas decisões sobre saúde. Dessa forma, com

a municipalização das ações de saúde, os municípios passaram a tomar decisões e a propor políticas públicas, como por exemplo, a melhoria das condições de saúde bucal da comunidade, sem a interferência direta dos governos estadual e federal.¹⁵

Dentro deste contexto, a Prefeitura Municipal de Piracicaba (PMP) passou a utilizar, a partir de 2001, o planejamento estratégico como ferramenta de gestão na área de saúde bucal visando melhorar a saúde bucal da população. Considerando a importância da divulgação de experiências municipais e a escassez de relatos sobre o tema na literatura odontológica, este trabalho teve como objetivos analisar o processo de planejamento do sistema de atenção à saúde bucal na cidade de Piracicaba e descrever o perfil epidemiológico da cárie dentária na população em questão.

METODOLOGIA

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, FOP/UNICAMP, sob protocolo nº 197/2004.

Local do Estudo

A cidade de Piracicaba está localizada no interior do Estado de São Paulo a 160 Km da capital paulista, apresenta uma população de 350.915 pessoas¹⁶ distribuídas em uma área de 1.370 Km² e um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,81¹⁷. O município possui agregação de flúor (0,7 ppm) à água de abastecimento público desde 1971¹⁸.

Coleta dos dados

Para a coleta de dados, utilizaram-se duas técnicas: a entrevista semi-estruturada e a análise documental. As características da organização da área de Saúde Bucal foram obtidas por meio de entrevista com a Coordenadoria de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Piracicaba. Os dados epidemiológicos referentes à experiência de cárie dentária nas faixas etárias de 12 a 59 meses, 18 a 36 meses, 5 anos, 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos, nos anos de 1999, 2002 e 2004 foram fornecidos pela Coordenadoria e obtidos em documentos oficiais e em artigos científicos já publicados.

RESULTADOS

Os dados obtidos na entrevista semi-estruturada estão apresentados na forma descritiva e os dados epidemiológicos sobre cárie dentária são descritos nas Tabelas 1 e 2.

Organização da saúde bucal em Piracicaba até 1999

Até o ano de 1999, a área Saúde Bucal planejava as ações de saúde de modo tradicional, normativo. As características da organização da área são descritas a seguir.

Filosofia da Atenção à Saúde Bucal e Público-alvo: A filosofia da Atenção odontológica era de atender a população de acordo com as necessidades de tratamento e fornecer procedimentos preventivos aos escolares de 7 a 10 anos da rede pública de ensino, independente do risco de cárie, por meio do programa estadual denominado de "Dentário Escolar". O atendimento clínico de pré-escolares era realizado pelos alunos da FOP em estágio extra-muro; de adultos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) baseado na livre demanda. As ações secundárias eram realizadas no Centro de Especialidade Odontológica (CEO) e nas UBS, porém sem um sistema organizado de referência e contra-referência. No final do ano de 1999, com recurso financeiro do PAB, houve a implementação de um programa preventivo direcionado a pré-escolares e escolares, denominado de "Sorria Piracicaba". A proposta do programa era a realização de escovação supervisionada com evidenciação de placa bacteriana, palestras educativas e o fornecimento de kit para a escovação para todos os escolares de 0 a 10 anos de idade, matriculados em creches e escolas públicas.

Infra-estrutura e Recurso Humano (RH): Cerca de 50 cirurgiões-dentistas (CDs) trabalhavam nos consultórios odontológicos, distribuídos em 19 UBS, 2 escolas e 1 CEO.

Recurso financeiro: O financiamento para as ações de saúde bucal era proveniente de repasse do Ministério da Saúde através da produção. No final de 1999, o município optou pela Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde e assim, passou a receber um repasse financeiro fundo a fundo denominado Piso de Atenção Básica (PAB-fixo).

Monitoramento das condições de saúde bucal: Os levantamentos epidemiológicos não eram realizados rotineiramente (Tabela 1).

Tabela 1. Experiência de cárie em dentes decíduos (índice ceod) e permanentes (índice CPOD) e porcentagem de livres de cárie (%), de acordo com faixa etária, Piracicaba, SP, 1999.

Faixa etária	Índice ceod	Índice CPOD	Livres de cárie (%)
5 anos (n=722) ^a	2,65	-	44,30%
6 anos (n=2083) ^a	3,07	-	35,80%
12 anos (n=66) ^b	-	2,64	36,40%

^aCypriano *et al.*²²

^bDados coletados pela equipe de Saúde Bucal do Município

Sistema de Informação em Saúde (SIS): O sistema de informação em saúde era precário, não havia padronização no preenchimento das planilhas de produção que dependia da interpretação individual dos profissionais.

Avaliação das Ações e Controle Social: Não havia qualquer tipo de avaliação das ações em saúde bucal, bem como qualquer participação popular nas reuniões da equipe de coordenação.

Planejamento Estratégico – PE

Com o incentivo da SMS, iniciou-se, a partir de 2001, a utilização do “Planejamento Estratégico” na área de Saúde, como uma ferramenta de gerenciamento e coordenação. Para isso, constitui-se uma equipe multiprofissional composta pelo Secretário de Saúde, coordenadores, interlocutores responsáveis por unidades, funcionários e técnicos administrativos da SMS. Na área de saúde bucal o objetivo principal era planejar ações e/ou programas de forma mais efetiva, possibilitando uma integração da Saúde Bucal com as demais áreas da SMS, por meio de reuniões multiprofissionais.

Organização da saúde bucal com a utilização do PE

Filosofia da Atenção em Saúde Bucal e Público-alvo: Atualmente a Atenção em Saúde Bucal baseia-se em ações básicas (atividades educativas e preventivas) e

ações secundárias (atendimentos especializados). As atividades educativas e preventivas são realizadas por CDs e Atendentes de Consultório Dentário (ACDs) da rede pública e são direcionadas às crianças de até 10 anos. O programa Sexta-Legal contempla atividades educativas multiprofissionais incluindo atividades sobre saúde bucal direcionadas aos adolescentes. Para adultos e idosos ainda não há programas de prevenção de cárie ou doença periodontal, embora campanhas nacionais de Prevenção ao Câncer Bucal sejam realizadas freqüentemente. O Programa de Saúde da Família, que está inserido nas políticas de saúde do município desde 1999, ainda não conta com uma equipe de Saúde Bucal.

Os procedimentos curativos são oferecidos a toda população. Os bebês de 0 a 4 anos são atendidos em centros especializados. A atenção odontológica às crianças de até 5 a 10 anos é contemplada por dois projetos. O "Sorria Piracicaba" que engloba o programa de estágio Extra-Muro da FOP-UNICAMP e o programa "Sempre Sorrindo", que vem sendo realizado graças ao convênio que foi firmado entre a PMP, a FOP/UNICAMP e a Fundação Belgo Mineira e que contempla anualmente 5.000 crianças pertencentes a nove escolas Municipais de Ensino Fundamental de Piracicaba. A população de adolescentes, adultos e idosos também é beneficiada com tratamento odontológico básico nas 20 UBS e no Serviço de Urgência Bucal. O atendimento ainda é baseado na livre demanda com agendamento prévio e existe uma fila de espera para tratamento.

A população também é beneficiada com atendimentos especializados em centros de referência, como o Centro de Especialidade Odontológica (CEO) que atende odontopediatria, periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais e cirurgia, o Cedic, para portadores de doenças infecto-contagiosas, e o Orocentro, para portadores de lesões bucais.

Infra-estrutura e Recurso Humano: Atualmente, a Equipe de Saúde Bucal conta com 54 CDs e 20 ACDs. Esses profissionais estão distribuídos em Unidades Básicas de Saúde, Centros de Especialidades e Saúde da Comunidade, cobrindo uma população de 350.915 habitantes (1CD/6.498 habitantes).

Recurso financeiro: O financiamento para as ações em saúde bucal é proveniente do PAB-fixo e da Fração Ambulatorial Especializada, que é destinada a

procedimentos de endodontia, periodontia e cirurgia especializada, realizados no CEO.

Monitoramento das condições de saúde bucal: Os levantamentos epidemiológicos são realizados a cada dois anos, pela equipe de saúde bucal do município, para as idades de 5 e 12 anos. Os resultados de levantamentos epidemiológicos realizados em 2002 e 2004 estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2. Experiência de cárie em dentes decíduos (índice ceod) e permanentes (índice CPOD) e porcentagem de livres de cárie (%), de acordo com o ano de exame e faixa etária, Piracicaba, SP.

Ano	Faixa etária	Índice ceod	Índice CPOD	Livres de cárie (%)
2002	12-59 meses (n=3033) ^a	0,86	-	76,59%
	18-36 meses (n=21) ^b	0,33	-	85,71%
	5 anos (n=337) ^b	1,96	-	52,23%
	12 anos (n=225) ^b	-	1,98	42,67%
	15-19 anos (n=49) ^b	-	5,74	6,52%
	35-44 anos (n=54) ^b	-	19,89	0,00%
2004	65-74 anos (n=23) ^b	-	27,00	0,00%
	5 anos (n=442) ^a	1,5	-	55,20%
	12 anos (n=207) ^a	-	1,9	43,00%

^aDados coletados pela equipe de Saúde Bucal do Município

^bDados do Projeto SB Brasil fornecidos pela Coordenadoria de Saúde Bucal

Sistema de Informação em Saúde (SIS): Os dados referentes às condições de saúde bucal, à produção e cobertura populacional são regularmente inseridos no SIS do Sistema Único de Saúde. Além disso, indicadores como o CPOD aos 12 anos, a cobertura de procedimentos coletivos em saúde bucal na população de 0 a 10 anos, a taxa de acesso à primeira consulta odontológica no ano e o heterocontrole da fluoretação das águas são registrados na Programação Pactuada Integrada (PPI), um programa coordenado pelo gestor estadual e que disponibiliza os indicadores de saúde bucal de municípios sede ou pólo.

Avaliação das Ações e Controle Social: As avaliações sobre as ações preventivas e curativas destinadas à população de 0 a 10 anos vêm ocorrendo, desde 2003, em reuniões trimestrais com a participação

da coordenadoria de saúde bucal e dos CDs da rede, enfocando sempre a priorização do tratamento do grupo de alto risco, detectado anualmente. Ainda não há participação popular nas reuniões da área de saúde bucal; entretanto, representantes da população participam dos Conselhos Municipais de Saúde.

Problemas ou dificuldades enfrentados: Um dos problemas enfrentados durante o planejamento das ações, segundo a coordenadoria, foi a inexistência de dados prévios organizados referentes aos atendimentos preventivos realizados pelo Programa "Dentário Escolar" e aos atendimentos curativos. Além disso, um grande desafio atual é a escassez de recursos humanos, que dificulta e/ou impossibilita a implementação de programas preventivos direcionados a adultos e idosos.

ANÁLISE

Os levantamentos epidemiológicos realizados na população infantil e juvenil em Piracicaba têm mostrado sinais de declínio da doença cárie. No período de 1999 a 2004, o ceod das crianças de 5 anos reduziu de 2,65 para 1,5 e o CPOD aos 12 anos de 2,64 para 1,9 (Tabelas 1 e 2), diferenças percentuais de 43,4% e 28,0%, respectivamente. Não há até o momento muitos dados prévios para outras faixas etárias, dificultando, portanto, a análise da tendência da doença. Dados do SB Brasil¹⁹ mostram que no país, em 2003, o CPOD para as faixas etárias de 15-19 anos, 35-44 anos e 65-74 anos foi de 6,17, 20,13 e 27,79, respectivamente, resultados semelhantes aos relatados neste estudo. Tais dados indicam que não só em Piracicaba, mas em todo o território nacional, há a necessidade de se planejar ações em saúde direcionados aos adolescentes, adultos e idosos.

Considerando o declínio da cárie observado em crianças de até 12 anos na cidade de Piracicaba, torna-se importante discutir como a utilização do planejamento estratégico pode ter influenciado a mudança no perfil epidemiológico da doença. Tem sido relatado que os dentifrícios fluoretados, disponíveis no mercado nacional desde 1989, são os principais responsáveis pela redução de cárie observada no Brasil²⁰. Além disso, outras estratégias preventivas como a adição do flúor à água de abastecimento público, que é considerada a forma de prevenção de cárie mais efetiva em termos de abrangência coletiva em decorrência de seu alcance,

independente da condição sócio-econômica da população, juntamente a programas públicos de cunho preventivo-educativo também contribuíram para a redução da cárie dentária nos escolares e pré-escolares²¹. Nesse contexto, pode-se considerar que o planejamento estratégico na área de saúde bucal teve um papel importante na organização e otimização do atendimento, potencializando as ações em saúde, visto que os programas preventivos que incluem a distribuição gratuita e regular de dentifrícios fluoretados, a escovação supervisionada e as atividades educativas são ações resultantes da utilização da ferramenta no setor. Em última análise, o planejamento estratégico, como ferramenta de gerenciamento e coordenação, foi importante para a melhoria das ações em saúde, ao menos para os escolares.

Por outro lado, a alta experiência de cárie em adolescentes, adultos e idosos (Tabela 2) mostra a necessidade de implementação ou otimização de programas educativos e preventivos direcionados ao público alvo. Algumas sugestões são apresentadas no sentido de superar os desafios existentes:

- a) Formação de uma equipe multiprofissional de prevenção e educação em saúde bucal e geral que atendesse à todas as faixas etárias e fosse composta por profissionais motivados e, principalmente, com perfis específicos para a elaboração e execução das tarefas. Além disso, esta equipe deveria ser multiprofissional, atuando com outras áreas do setor de saúde do município sob a coordenação de um cirurgião-dentista com características de estrategista, captador de recursos e executor;*
- b) Prevenção em saúde bucal direcionada aos adolescentes realizada nas próprias escolas, aproveitando o programa "Sexta-Legal" já existente na área de saúde do município.*
- c) Prevenção em saúde bucal e atendimento odontológico restaurador especializado direcionados a adultos e idosos. As Campanhas de Vacinação do Idoso ou das Crianças são ótimas fontes de captação e inserção desses indivíduos em programas preventivos e educativos.*
- d) Reuniões mensais sobre doenças bucais e sua prevenção em indivíduos com risco de cárie, doença periodontal e/ou câncer de boca.*

A demanda por serviços restauradores e reabilitadores aumentaria, trazendo dificuldades como a falta de estrutura física, de recursos humano e financeiro. Tal desafio, tão ou mais difícil que o anterior, depende de uma série de fatores que não serão focos da presente discussão.

Dessa forma, com a otimização ou a inclusão de atendimentos especializados e a manutenção de uma equipe de prevenção motivada e capacitada haveria uma melhoria nos níveis de saúde bucal e, conseqüentemente, da qualidade de vida da população.

É importante salientar que neste estudo, a condução do planejamento estratégico foi realizada até a reorganização das ações em saúde, restringindo a discussão aos atores da área de saúde bucal. Embora tenha ocorrido uma limitação no processo de planejamento como um todo, a utilização do PE pelos gestores produziu resultados positivos no sistema de atenção à saúde bucal em Piracicaba, conforme observado nos resultados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo de caso pode se verificar que a utilização do planejamento estratégico na área de saúde bucal foi importante para se dar início a uma grande mudança de paradigma: de uma odontologia com filosofia basicamente restauradora para uma odontologia centrada na promoção de saúde, prevenindo doenças, diagnosticando precocemente problemas bucais e fornecendo, gradativamente, reabilitação oral à população. Em conclusão, o PE como uma ferramenta de gestão no serviço público, mesmo com as limitações encontradas neste estudo, possibilitou melhorar a organização, cobertura e qualidade dos serviços de atenção à saúde bucal.

ABSTRACT

The aim of this case study was both to analyze the planning process in oral health attention in Piracicaba, SP, Brazil, and to describe the epidemiological profile of dental caries in the referred population. Data was gathered in interviews with the Oral Health Coordinator and in official documents or published studies. Until 1999, the philosophy behind the attention to oral health was based on treatment needs, and preventive measures were target to 7-10-year-olds from public schools, regardless their caries risk. Epidemiological surveys were carried out sporadically and there was no evaluation of oral health actions. With the Strategic Planning,

preventive measures have been target to 0-10-year-olds, according to their oral diseases risk; the epidemiological surveys have been carried out every two years and have shown signs of caries decline; and oral health actions have been evaluated every three months. It can be concluded that the Strategic Planning has been an important tool to improve, the organization, the coverage, and the quality of the attention services given to oral health.

Key words: Health planning; Dentistry; Dental caries.

REFERÊNCIAS

1. Allem AC. Termos e definições críticos em planejamento. *Rev adm pública* 1999, 33: 143-152.
2. A Glossary of Technical Terms on the Economics and Finance of Health Services. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998. Apud Glossário de Terminologia: Iniciativa "A Saúde Pública nas Américas". Disponível em www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala1860.pdf Acesso em 05/10/2006.
3. BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Disponível em <http://itd.bvs.br> Acesso em 05/10/2006.
4. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc saúde coletiva* 1999, 4: 221-242.
5. Costa JGC. Planejamento estratégico como ferramenta de gestão. *Adcontar* 2004, 5: 15-34.
6. Mazmanian DA, Sabatier PA. *Implementation and public policy*. Chicago: Scott Foresman, 1983. Apud Oliveira JAP. Desafios do planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas. *Rev Adm Pública* 2006, 40: 273-287.
7. Glosario de terminología usado en la serie "Salud para todos" (no. 9). Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1984. Apud Glossário de Terminologia: Iniciativa "A Saúde Pública nas Américas". Disponível em <http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala1860.pdf> Acesso em 05/10/2006.
8. Giovanella L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. *Cad Saúde Pública* 1991, 7: 26-44.
9. OPS/OMS. *Problemas Conceptuales y Metodológicos de la programación de la Salud*. Publicación Científica no 111, Washington, 1965. Apud Giovanella L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. *Cad Saúde Pública* 1991, 7: 26-44.
10. Lana FCF, Gomes ELR. Reflexões sobre o planejamento em saúde e o processo da reforma sanitária brasileira. *Rev Latino-Am Enfermagem* 1996, 4: 97-110.
11. Campos RTO. O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. *Ciência & Saúde Coletiva* 2001; 6: 197-207.
12. Azevedo CS. Planejamento e gerência no enfoque estratégico-situacional de Carlos Matus. *Cad Saúde Pública* 1992, 8: 129-133.
13. Rocha JSY. Análise crítica dos modelos de planejamento em saúde na América Latina. *Educ Med Salud* 1992; 26: 206-224. Apud Lana FCF, Gomes ELR. Reflexões sobre o planejamento em saúde e o processo da reforma sanitária brasileira. *Rev Latino-Am Enfermagem* 1996, 4: 97-110.
14. Testa M. O diagnóstico de saúde. Parte I. In: Rivera FJU (org.). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989. p. 55-104. Apud Lana FCF, Gomes ELR. Reflexões sobre o planejamento em saúde e o processo da reforma sanitária brasileira. *Rev Latino-Am Enfermagem* 1996, 4: 97-110.

15. Rede Cedros. *O que fazer nos municípios*. Rio de Janeiro; 1992. 15f. Cadernos de Saúde Bucal 1.
16. Fundação SEADE. <http://www.seade.gov.br> (acessado em 20/Nov/2005).
17. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/> (acessado em 23/Mar/2005).
18. Pereira AC, Meneghim MC, Biscaro SL, Moreira BHW. Condições bucais de escolares de 7 a 12 anos de idade, após 20 anos de fluoretação das águas de abastecimento público de Piracicaba. *Rev Paul Odontol* 1995; 17: 30-36.
19. Brasil. Ministério da Saúde. *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003*. Brasília, 2004: Ministério da Saúde.
20. Cury J, Tenuta LMA, Ribeiro CCC, Paes Leme AF. The importance of fluoride dentifrices to the current dental caries prevalence in Brazil. *Braz Dent J* 2004; 15: 167-174.
21. Narvai PC, Frazão P, Castellanos RA. Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final no século XX. *Odontologia e Sociedade* 1999; 1: 25-29.
22. Cypriano S, Sousa MLR, Rihs LB, Wada RS. Saúde bucal dos pré-escolares, Piracicaba, Brasil, 1999. *Rev Saude Publica* 2003; 37: 247-253.