

Planejamento e programação de ações em saúde: conceitos, importância e suas influências na organização dos serviços de saúde bucal

Planning and programming of health activities: concepts, importance and their influences on the organization of oral health services

Leonardo Carnut

Resumo

Estudos demonstram que o planejamento e a programação a nível local é uma prática pouco difundida no cotidiano das equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. Especula-se que isso possa ser atribuído, em parte, ao caráter histórico do planejamento e da programação dos serviços de saúde pública no âmbito do processo de trabalho deste setor. Este ensaio objetivou revisar os aspectos histórico-conceituais do planejamento e da programação no setor saúde com foco na saúde bucal. Percebeu-se que muitos desafios estão relacionados ao uso de planejamento e, por consequência, da programação das ações em saúde. Dentre elas estão o uso da informação em saúde como insumo para o planejamento, a delimitação conceitual imprecisa de termos relacionados ao planejamento/programação como também uma inserção incipiente do planejamento nos programas de saúde bucal. Por fim, concluiu-se que o planejamento e a programação em saúde bucal apresentam limitações nos dias atuais e um componente histórico pode ser atribuído como determinante dessa situação.

Descritores: planejamento em saúde, programação, saúde bucal, odontologia em saúde pública, gestão em saúde, literatura de revisão como assunto.

Keywords: health planning, programming, oral health, public health dentistry, health management, review literature as topic

Abstract

Studies show that planning and programming at local level is a little known practice in the daily oral health teams in the strategy of family health. This can be attributed in part to the historical character of the planning and programming of public health services within the work process in health care. This paper aimed to review the historical and conceptual aspects of planning and programming in the health sector with a focus on oral health. It was noted that many challenges are related to the use of planning and programming health actions, among them there are the use of health information as input for the planning, conceptual definition of terms related to inaccurate planning and programming, as also an incipient integration of health planning in oral health programs. Finally, it was concluded that planning and programming in oral health have limitations in the present day and a historical component can be assigned as the determinant of this situation.

Doutorando em Saúde Pública (Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública (FSP) - Universidade de São Paulo (USP)

Para correspondência:
Prof. Leonardo Carnut
email: leonardo.carnut@gmail.com

Data da Submissão: 12/02/2012
Data do Aceite: 12/03/2012

Introdução

A inserção da saúde bucal no saúde da família veio em momento oportuno de concretização da integralidade do Sistema Único de Saúde de forma a responder as demandas impostas pela sociedade nos idos dos anos '90¹⁻⁴, considerando que as doenças bucais apresentavam grandes diferenças regionais e o acesso ao cirurgião-dentista era limitado⁵.

Em face a estes desafios, instrumentos normativos⁶⁻¹⁰ incorporaram as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família com o intuito de reduzir os índices de morbidades bucais e tornar o acesso à saúde bucal menos iníquo. Todavia, anos se passaram e a equidade no acesso a saúde bucal ainda é um problema a ser enfrentado principalmente devido à íntima relação das doenças bucais e condições socioeconômicas desfavoráveis¹¹⁻¹⁴.

A pouca capacidade de resposta a essas questões têm se fundamentado na incipiência do trabalho com informações em saúde^{1,15-17} e conseqüentemente falta de planejamento e programação das ações pautadas nessas informações¹⁸⁻²². As mesmas servem para caracterizar o perfil da população adstrita e o perfil de necessidades em saúde que as comunidades realmente requerem²⁰.

Não levar em consideração às necessidades locais foi uma atitude que perdurou na saúde pública durante algum tempo²³⁻²⁵. O planejamento em saúde, e conseqüentemente os programas/programações em saúde, eram fortemente economicistas e normativos. Embriões do pensamento participativo datam dos anos 70²⁶ continuando nas décadas seguintes, principalmente a nível central^{27,28}, contudo, essa lógica ainda encontra entraves na sua operacionalização em nível local mesmo nos dias atuais^{20,29}.

Mesmo com a história de programas de saúde bucal que cultivaram ao longo de seu desenvolvimento algum tipo de lógica programada, esse "programar" era eminentemente curativista^{30,31}. O fato é que o sistema tornou-se universal³² e faz-se imprescindível o cuidado de qualidade aliado a estratégias de *programação* e *programas* que norteiem o processo de atenção baseado nos princípios do SUS, principalmente no tocante ao acesso iníquo aos serviços odontológicos^{5,33,34} que tem se caracterizado com principal problema enfrentado pela saúde bucal na estratégia de saúde da família.

Ante o exposto é que o presente estudo propôs revisar os aspectos relativos ao planejamento e programação em saúde bucal tomando-se como categoria analítica a história do planejamento

enquanto "área de estudo teórico" e "ferramenta de gestão na saúde pública". Daí, discorreu-se sobre suas implicações no *planejar-programar* ações de saúde bucal no âmbito público atual, ou seja, no Sistema Único de Saúde.

Informação como insumo para o planejamento e programação em saúde

"Alice - Poderia me dizer, por favor, qual é o caminho para sair daqui?"

Gato - Isso depende muito do lugar para onde você quer ir.

Alice - Não me importa muito onde.

Gato - Nesse caso, não importa por qual caminho você vá."

(Lewis Carroll, 1865)

Aparentemente ingênuo, o diálogo acima, extraído do best-seller *Alice no país das maravilhas* elucida bem como a "falta de direcionalidade" leva à estagnação, ou na melhor das hipóteses, à dificuldade de focar uma idéia objetiva de futuro. O dilema de Alice exemplifica como o ato de planejar é fundamental na elaboração de uma visão-objetivo que norteie a condução dos processos em busca do que se pretende fazer. Em saúde, obviamente, isso não é diferente.

As ações de saúde, do ponto de vista econômico, nada mais são do que *serviços*. O serviço (de saúde) se traduz na adequação constante ao particular, no sentido não só do indivíduo como ser, mas das circunstâncias em que se dão seus problemas e necessidades de saúde³⁵. Logo, uma característica fundamental para que as ações de saúde sejam adequadas, se constitui no fato do conhecimento pelos profissionais e gestores do perfil de necessidades em saúde de sua população. Haja vista que uma vez não-planejadas e não-programadas para se acomodar a necessidade de sua demanda, o serviço deixa de cumprir com sua função social no tocante a redução de riscos e danos à saúde da sociedade³².

Tanto a nível central quanto local, só é possível planejar quando se possui conhecimento do sistema sob nosso comando e do contexto no qual ele se insere. O sucesso do planejamento, ou seja, a efetividade de seus resultados, mantém relação direta com a qualidade das informações disponíveis. Na saúde, as informações necessárias dizem respeito tanto à caracterização dos equipamentos – unidades de atendimento – como

das pessoas que os utilizam. A epidemiologia tem sido uma ferramenta bastante utilizada para definir as necessidades de saúde e auxiliar o planejamento dos serviços ⁹. Essa questão é especialmente fundamental quando se lida com uma população de 4.000 pacientes (ou mais) enquanto a realidade internacional aponta para equipes de atenção primária responsáveis por 1.000 a 2.000 pacientes ¹⁹. Infelizmente, as ações locais, desenvolvidas nas unidades, ainda dependem, em grande parte, do julgamento profissional individual ¹⁸. Além disso, é importante lembrar que o planejamento a nível local torna-se mais que imprescindível pela característica própria da demanda que se preconiza no modelo de vigilância à saúde – a demanda programada. ³². Demanda esta que visa contemplar as necessidades epidemiologicamente identificadas.

Não é por acaso que as informações, em especial as epidemiológicas, sejam fundamentais para o processo de planejamento e programação das ações em saúde. Em uma política pública para enfrentamento de quaisquer problemas de saúde, seja de morbidade ou de mortalidade, é necessário uma base de informações confiáveis que sustente e direcione a tomada de decisão. A identificação dos determinantes do processo saúde-doença, das desigualdades em saúde e do impacto de ações e programas para reduzir a carga de doença na população só é possível a partir de boas informações e no momento oportuno ²¹.

No processo de trabalho no modelo de vigilância à saúde, a união das tecnologias médico-sanitárias às tecnologias de comunicação social, planejamento e programação loco-situacional ²⁰ se faz mister. Contudo, no SUS, o trabalho com informações em saúde em *nível local* ainda é tímido, mesmo o planejamento em saúde não se constituindo em uma novidade no âmbito da saúde pública mundial. O mesmo é tecnologia antiga e já desenvolveu muito desde seus primórdios até o momento atual.

Planejamento: Conceito, Histórico e Pensamento Contemporâneo

Conceitualmente, planejar é a arte de elaborar um plano de processo de mudança. Compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias e tudo o mais que seja delas decorrente, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejadas e neles estabelecidas. No setor saúde, o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia

e eficiência dos sistemas no desenvolvimento de suas funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde ^{36,9}. Do ponto de vista acadêmico, através de uma busca nos *descritores em saúde*, encontra-se o termo *planejamento em saúde* descrito como: “o processo que consistem em desenhar, executar, acompanhar, e avaliar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre determinado recorte de realidade. Trata-se também de um instrumento de racionalização das ações no setor saúde, realizada por atores sociais, orientada por um propósito de manter ou modificar uma determinada situação de saúde” ³⁷.

Do ponto de vista metodológico, o planejamento tem sido conhecido como o método, ferramenta, instrumento ou técnica para gestão, gerência ou administração ^{38,28} e como processo social ³⁹ em que participam muitos sujeitos, individuais e coletivos. No primeiro, dá-se uma ênfase, aos meios (processo de trabalho), ao passo que no segundo o foco é as relações (sociais) que permitem estabelecer e realizar propósitos de crescimento, mudança e/ou legitimação ²⁷.

Historicamente, o planejamento encontra-se vinculado ao socialismo em 1917 na Rússia. Ao se buscar uma outra maneira de alocação de recursos e de produzir/distribuir bens e serviços com fins igualitários, experimentaram-se mecanismos substitutivos do mercado pelo Estado, através do planejamento. Assim então, elaboraram-se, na época, os primeiros planos quinquenais onde o setor saúde foi contemplado, particularmente na previsão de leitos hospitalares. Após a unificação, através da União Soviética, cada república tinha seu ministro da saúde que desenvolviam planos locais e os mesmos andavam em consonância com o plano nacional geral ²³.

Apesar do acontecimento histórico da revolução bolchevique, que permitiu que o planejamento fosse utilizado como ferramenta de organização social, também permitiu que o mesmo fosse confundido com “falta de liberdade” e “burocratização”. Desse modo, no início do século XX o planejamento era visto pelos capitalistas como algo demoníaco que deveria ser contido. Os mesmos só passaram a entender o valor do mesmo, na crise da bolsa em 1929 quando se percebeu que a economia necessitava de certa intervenção do Estado para manutenção da ordem social ^{24,25}. Daí, começa-se a esboçar as primeiras idéias relativas a “planificação democrática” ²⁶.

Já em terras capitalistas e aplicada ao setor

saúde, a Inglaterra iniciou o uso do planejamento através do Plano Beveridge em 1943 para criação do Sistema Nacional de Saúde inglês. Ao fim da segunda guerra, mais uma vez o planejamento governamental se fez presente. Desta vez com o resistente Estados Unidos, elaborando o Plano Marshall para reconstrução européia. Tempos depois, os ventos planificadores chegaram aos países capitalistas periféricos e deu-se a criação da Comissão Econômica para o Planejamento na América Latina (Cepal) vinculada às Nações Unidas. Nesta mesma época, no Brasil, desenvolveu-se o primeiro plano nacional que contemplava quatro setores: a saúde, alimentação, transporte e energia – o Plano Salte²⁰.

O planejamento em saúde na América Latina esteve originalmente associado ao enfoque econômico. Assim, as constatações que as necessidades eram crescentes e que os recursos não as acompanhavam no tempo e no espaço (princípio da escassez) levava à busca de um método que reduzisse tal distância – entre necessidades e recursos – de um modo mais racional (princípio da racionalidade)²⁰. No Brasil, na década de 60, o Método CENDES-OPAS teve o mérito de iniciar a discussão do setor saúde com a preocupação do uso eficiente dos recursos públicos, através de uma cuidadosa análise de prioridades e do cálculo prévio dos resultados esperados com o uso de cada instrumento de ação⁹.

No início dos anos 70 surgiram as primeiras críticas ao método CENDES-OPAS baseados nos seguintes argumentos: (a) sua desvinculação com a produção de políticas na sociedade e com a historicidade dos atores envolvidos e (b) Caráter prescritivo e normatizador. Foi daí, então que alternativas de planejamento para o setor saúde foram apresentadas: como o “pensamento estratégico em saúde” e o “planejamento estratégico situacional (PES)”²⁷. Não é intuito desta seção elencar os diversos tipos de métodos de planejamento nem analisá-los do ponto de vista de adequabilidade, contudo é importante constatar que a transição da lógica de se planejar em saúde sofreu uma mudança significativa naquela época. O planejamento que se constituía em uma ferramenta normativa, disciplinadora e quase que coercitiva, passou a ser estratégico, flexível e socialmente construído, ou seja, deixou de ser estático para ser dinâmico²⁸.

Contemporaneamente, o planejamento e as teorias que o suportam, tem evoluído bastante. Baseando-se fortemente no componente de construção social que o planejamento detém é que as bases epistemológicas atuais sobre o tema se apóiam. A principal delas são aquelas que derivam da Teoria da

Ação Comunicativa de Jürgen Habermas²⁰. Habermas foi filósofo oriundo da escola de Frankfurt e inspirado pela idéias da filosofia da linguagem criticou o pensamento de Adorno e Horkheimer no conceito e uso da **razão** na sociedade contemporânea. Para Habermas⁴⁰ a razão deve ser **dialógica**, ou seja que brota do diálogo e da argumentação entre os agentes interessados em determinada situação. É da razão que surge a chamada *ação comunicativa*, do uso da linguagem como o meio de se conseguir o consenso. Para tanto é necessária uma ação social que fortaleça as estruturas capazes de promover as condições de liberdade e de não-constrangimento imprescindíveis ao diálogo. O conceito de **verdade** também se modifica dentro desta nova perspectiva. O autor propõem o entendimento da verdade não mais como uma adequação do pensamento à realidade, mas como *fruto de uma ação comunicativa*, não como verdade subjetiva, mas sim como um **verdade intersubjetiva**, que surge dentro do diálogo entre os indivíduos. Nesse diálogo aplicam-se algumas regras: a não-contradição, a clareza da argumentação e falta de constrangimento de ordem social⁴¹.

Baseado no exposto, muitos autores vêm teorizando novas formas de planejamento que visam substituir ou até mesmo renovar o enfoque eminentemente estratégico que se vem trabalhando ultimamente. Atualmente fala-se em teorias que planejamento colaborativo o democrático-colaborativo que enfatiza consenso como forma de se produzir um empoderamento das partes⁴²⁻⁴⁴. Chettiparamb⁴⁵ descreve outra teoria de planejamento baseada na teoria da complexidade, partindo-se do pressuposto que o planejamento é complexo por essência, sendo necessária sua abordagem através dessa corrente. A questão do *poder* nas relações interpessoais também tem ganhado destaque nas novas teorias⁴⁶ como também o reconhecimento da prioridade do conhecimento da situação^{47,48} e a Inteligência dos indivíduos em articular soluções às situações propostas⁴⁹. E uma das mais recentes teorias proposta por Talvitie⁵⁰ sugere que há a associações incompreensíveis de redes de pensamentos oriundo do inconsciente humano e propõem abordagens psicanalíticas no planejamento com indivíduos e grupos.

Programação de Ações e Programas em (de) Saúde

Devido a uma linha tênue que distingue

programa e *programação*, alguns autores frequentemente não delimitam bem seus conceitos. Para Paim²⁰ o **programa** (juntamente com o **plano** e o **projeto**) são produtos do processo de planejamento. Logo o programa estabelece de modo articulado objetivos, atividades, e recursos de caráter mais permanente, representando certo detalhamento de um plano, ou na ausência deste, definindo com mais precisão o *que fazer, como, com quem, com que meios* e a forma de organização, monitoramento e avaliação. No entanto, contrariando Paim²⁰, é possível dizer que o *processo (ou etapa do planejamento)* relativa ao *o que fazer, como, com quem, e com que meios* fazem parte da **programação**. A programação de ações é um momento do processo de planejamento que visa à explicitação de compromissos entre equipes, gestores e população usuária³⁰ ou seja, é o ato de elaborar ações que quando juntas, articuladas de acordo com uma racionalidade constituirão em um **programa**.

Como as *ações*, em tese, devem derivar diretamente da *programação*, é pertinente esclarecer a distinção teórica entre os tipos de ações e suas características. Toma-se, portanto, como dois conceitos de *ações* as “ações programáticas” e as “ações programadas”. A primeira é resultante dos programas a nível central que de forma normativa guiam as práticas em saúde do referido programa. Já o segundo caracteriza pela adequação da realidade local àquela determinada ação programática, ou seja, como as necessidades a nível local devem ser programadas para o determinado programa⁵¹.

As programações e os programas no SUS são dotados de uma importância estrutural dentro do sistema, pois as mesmas atuam como estratégias para a consolidação da integralidade do cuidado (diretriz do sistema), pois ajudam a identificar outras ações que, em uma visão unipessoal poderiam passar despercebidas. Entende-se por integralidade do cuidado a capacidade de:

- a) integrar os trabalhos disciplinares dos diversos profissionais da equipe de saúde consigo mesma³⁰ e a mesma com os outros níveis de atenção³² de forma a produzir um efeito potencializador dos mesmos³⁰;
- b) integrar em sua prática ações de caráter individual e coletivo, que tenham um amplo espectro dentro do leque da promoção e recuperação da saúde, prevenção e tratamento de agravos³⁰;
- c) ser um espaço de articulação social localizando e buscando articular instituições setoriais e intersetoriais dentro de seu território de atuação;
- d) capacidade de integrar demanda espontânea e demanda programada considerando a existência e o

acúmulo dos diversos programas nacionais estruturados por diferentes áreas técnicas e respeitar a demanda imediata da população, componente essencial para a legitimação da equipe^{30,51}. A hegemonia relativa da demanda programada é o que alguns autores tem preconizado a respeito no intuito de um processo de trabalho de acordo com os termos da vigilância à saúde e ainda com vistas de reduzir um lógica de atenção espontaneísta de mercado.

O fato é que, pelo modelo de vigilância à saúde que o SUS adota como forma de organização do sistema⁵², é coerente que o mesmo faça uso das ferramentas de programações de ações e programas de saúde. Diversos programas existem no âmbito do Sistema Único de Saúde. No entanto na atenção básica, após a elaboração do Pacto pela Saúde 2006 e reformulação da Política Nacional da Atenção Básica, deve realizar, de forma compulsória, no mínimo dez programas previstos na legislação: *saúde da criança, saúde da mulher, saúde bucal, controle do diabetes mellitus, controle da hipertensão arterial sistêmica, controle da tuberculose, controle da hanseníase, saúde do idoso, desnutrição infantil e promoção da saúde*³⁰.

Já a programação no SUS originalmente derivou do método CENDES-OPAS, em que os conceitos de cobertura e concentração populacional compuseram a base de cálculo das atividades e procedimentos ofertados a uma determinada população em um território. No entanto em 2006, uma nova forma de programação das ações de saúde na atenção básica para os programas elencados acima ganhou uma nova abordagem, uma ferramenta computacional (PROGRAB - Programação da Gestão por Resultados na Atenção Básica) que ajuda no programação das ações de acordo, na operacionalização dos programas de acordo com suas realidades locais. A proposta apresentada permite avançar na flexibilidade da parametrização, bem como no respeito às necessidades da população do território adstrito³⁰.

A ferramenta PROGRAB teve seu desenvolvimento iniciado em 2002 com parceria entre ministério da saúde e Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Contou com o apoio técnico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e foi aplicado de forma piloto em 5 cidades brasileiras (Brumadinho - MG, Belo Horizonte - MG, Itaboraí - RJ, São Sebastião do Passe - BA e Manaus - AM).

A programação, como cita Paim²⁰, deve

ser feita no momento explicativo do planejamento, logo para se programar ações na atenção básica deve-se:

- a) definir a área de abrangência e população adstrita à unidade básica que realizará a programação;
- b) avaliar o cadastro atualizado da unidade e dos profissionais para verificar a capacidade instalada, calculando os parâmetros de rendimento de profissionais e equipamentos; o cadastro com endereço atualizado facilita o recebimento de materiais do Ministério da Saúde pelas equipes;
- c) levantar os dados populacionais da área adstrita, por faixa etária e gênero, para fins de cálculos das coberturas assistenciais, estes permitirão os cálculos de cobertura das ações para cada ciclo de vida e ações de importância epidemiológica;
- d) definir os parâmetros de cobertura para programação das ações e serviços de saúde correspondentes aos diversos grupos e subgrupos de ações finalísticas da Atenção Básica, levando em conta o Pacto da Atenção Básica, acordado pelo município com a SES, as ações e áreas estratégicas definidas pelo município, estado e nível nacional, e a sugestão de parâmetros elaborada. Dependendo da composição etária, do perfil epidemiológico do município e da área de atuação da equipe, poderão ser priorizados atividades ou grupos populacionais; e
- e) calcular os possíveis déficits de cobertura existentes, comparando a necessidade e o potencial de produção e os serviços disponíveis em seu território para sua população. A impossibilidade do município e/ou equipes de assegurar atenção básica à sua população ensejaria um planejamento de investimento para instalação de novos serviços ou otimização dos existentes, visando à garantia da atenção à saúde da população⁵³.

Mesmo com instituição do PROGRAB como forma de operacionalizar essas programações, ainda assim a programação das ações ainda encontra em dificuldades no âmbito local²⁹. Pelo menos duas dificuldades são descritas por Paim²⁰, uma delas está relacionada a gestão e organização da mesma, devido ao alto grau de formalização que burocratiza o processo de planejamento a nível central (com as LOA, PPDU, CIT, CIB, PPI, PDR e etc) fazendo com

que, na morosidade dos processos, o planejamento nem sempre seja mais compatível com a realidade local. A outra é exatamente o contrário. O planejamento a nível local praticamente inexistente ajudando a perpetuar assim o movimento de planejamento vertical, ritualístico, sem compromisso com a recomposição das práticas, com a emancipação dos sujeitos e com, enfim, a mudança da realidade sanitária da população.

Programação de Ações e Programas em (de) Saúde Bucal

Os programas de saúde bucal no Brasil, iniciaram muito antes da implantação do Sistema Único de Saúde. O primeiro programa de saúde bucal que se institucionalizou foi, o Programa de Odontologia Sanitária e Sistema Incremental. O modelo priorizava a atenção aos escolares do sistema público de primeiro grau, introduzido na década de 50 pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com enfoque curativo-reparador em áreas estratégicas (do ponto de vista econômico), cuja abrangência predominante era a escolares de 6-14 anos³⁰. Apesar das críticas, o modelo incremental teve sua importância na odontologia porque pode ser considerado o **marco no uso da programação de ações** no serviço público odontológico, quebrando a hegemonia da livre demanda dos consultórios³¹. Este programa foi pioneiro por Introduzir algumas medidas preventivas e, mais recentemente, pessoal auxiliar em trabalho a quatro mãos³⁰.

A partir daí a programação das ações em saúde bucal começaram a se estabelecer, contudo de forma eminentemente curativista. No final dos anos 70 já no contexto militar no país, houve o surgimento da Odontologia Simplificada e Odontologia Integral (também conhecido como Programa de Odontologia Escolar)³⁰, ainda com muitas características sepsianas, apresentava poucas mudanças. Enfatizava-se a promoção e prevenção da saúde bucal com ênfase coletiva e educacional. A programação nessa abordagem era baseada no **retorno programado** do paciente, pois o programa reconhecia a cárie como doença infecto-contagiosa³¹. Em decorrência das críticas ao Sistema Incremental, surgiu, no fim da década de 80, o Programa Inversão da Atenção (PIA)

A principal característica do PIA baseava-se em intervir antes e controlar depois. Por meio de sua **matriz programática** (com tratamento de

grupo restrito – escolares), buscou adaptar-se ao SUS, porém, sem preocupação com a participação comunitária. Apesar de contar, para isto, com ações de controle epidemiológico da doença cárie, uso de tecnologias preventivas modernas (escandinavas), mudança da “cura” para “controle” e ênfase no auto-controle, em ações de caráter preventivo promocional³⁰, o mesmo ignorou as realidades epidemiológicas do país, que permaneceu com o CPO-D alto principalmente nas faixas etárias não cobertas pelo programa³¹.

Apesar da programação ainda estar muito voltada à assistência curativa, foi nos anos seguintes, no programa de Atenção Precoce que passou a utilizar alguma forma de programação de ações promocionais (a **estruturação programática** das ações educacionais). A ênfase nesse programa era ampliada a população menor de 6 anos (clínicas de bebês) e a educação dos pais fazia parte das ações programadas. No entanto, em alguns municípios, as clínicas de bebês foram implantadas sem lógica e estruturação programática⁵⁴. A eficácia do modelo foi alterada pela sua individualidade de ação e essa deficiência na conexão da atenção odontológica pública trouxe deficiências semelhantes às encontradas nos modelos anteriores, não-cumprimento da universalidade, integralidade e equidade nas ações de saúde bucal³¹.

É interessante perceber que, apesar dos programas em saúde bucal terem avançados nas suas constituições ao longo do tempo pouco se evoluiu no quesito do favorecimento do acesso a outras faixas etárias. Isso sugere, o porquê, dessas programações nesses programas serem eminentemente de caráter clínico. Não havia necessidade de se preocupar com a programação de uma demanda, porque nesses casos, os programas exclusivizavam apenas a faixa infantil. Com a instituição do SUS e o acesso universal aos serviços, programar tornou-se imprescindível. A programação das ações extrapolou a condição meramente clínica, como visto nos programas anteriores, e agora aplica-se a (1) *programação de demandas* para acesso equitativo ao dentista, e (2) *programação de ações* acordo com as necessidades em saúde bucal da comunidade.

Quanto à *programação da demanda* Paim⁵¹ explica que a demanda programada visa contemplar as necessidades epidemiologicamente identificadas. No entanto é importante deixar claro que a demanda espontânea deve ser atendida, contudo, minimizada a ponto de se dar ênfase a primeira, como forma de oferta organizada ou programada a nível local. Quando se cita a questão da “necessidade epidemiologicamente identificada”, isso remete a

outro entrave que compromete a *programação das ações* de saúde bucal no SUS. Devido ao atraso da inserção das equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família^{7,3}, os sistemas de informação em saúde não acompanharam a inserção de *dados epidemiológicos de saúde bucal* no sistema. A pactuação de metas ainda se estabelece sobre informações procedimentais, de natureza administrativa¹⁶, que refletem uma lógica meramente contábil e que não necessariamente se traduz em melhoria da saúde da população.

Logo, o processo de trabalho em saúde bucal à nível local tende a se resumir ao acúmulo procedimental. Isso é reforçado pelas as dificuldades da institucionalização de planejamentos locais. Ou seja, as ações locais desenvolvidas nas unidades ainda dependem, em grande parte, do julgamento profissional individual¹⁸. Esse julgamento muitas vezes está pautado em uma *prática não estruturada de planejamento*²⁰ ou, quando muito, no *ensaísmo programático*³.

Mesmo tomando-se a “saúde bucal” como um *programa* ministerial (entendido como um “pacote de ações”, no sentido mais desagradável do termo), é possível entender os motivos históricos da ausência de uma cultura de planejamento e programação de ações de saúde bucal a nível local. Ainda diante de alguns esforços em uma tentativa gradual de ruptura com essa lógica, há nos dias atuais sérios problemas na utilização da informação em saúde bucal (por mais escassa que esta seja) e em consequência disto, uma prática de programação de ações em saúde bucal que pode ser considerada residual. Contudo, é pertinente ressaltar que essa situação não é totalmente determinada pelo “percurso histórico” tortuoso da saúde bucal enquanto política pública, e sim pode ser encarado como um fator explicativo desse cenário atual.

À guisa de conclusão

Os termos programação e programas em saúde apresentam certas delimitações conceituais que ainda geram dúvidas quanto aos seus significados. Isso pode, em parte, estar mais localizado nas origens e na evolução histórica do planejamento/programação em enquanto prática de gestão pública do que em uma formulação teórica de origem acadêmica. Apesar dessa origem conceitual assistemática (porém legítima), os termos foram ganhando significados distintos e

este ensaio visou propôr uma formalização conceitual desses termos fundamentais no exercício da pesquisa em saúde pública. Não obstante, é possível perceber que o planejamento vem ganhando fôlego investigativo e hoje vem incorporando um bem-vindo aporte teórico de outras áreas que somam conhecimentos na elaboração de novas forma de ser-fazer o planejamento em saúde.

A saúde bucal, como prática de assistência pública à saúde, incorporou a programação de forma incipiente e em uma perspectiva biomédica. Contudo, mesmo com os avanços da prestação de serviços de saúde bucal como uma função do Estado, é possível identificar, ainda nos dias atuais, o uso do planejamento/programação em saúde bucal (enquanto ferramenta de gestão pública de serviços) de forma residual, em parte, em decorrência dos eventos historicamente estabelecidos.

Referências

1. Brasil. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado Federal, 1988.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 92 p. il. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
3. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciênc. saúde coletiva* 2006; 11(1):219-27.
4. Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil In: Moysés ST, Krieger L, Moysés SJ. *Saúde Bucal das Famílias São Paulo: Artes Médicas*, 2008 p.1-19.
5. Barros AJD; Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc. saúde coletiva* 2002; 7(4):709-717.
6. Brasil. Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 29 dez. 2000. (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 267, de 26 de janeiro de 2001 (Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/2001) Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jan, 2001.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 673, de 03 de junho de 2003. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 06 jun, 2003.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pesquisa mundial de saúde no Brasil: como os brasileiros avaliam sua saúde? Informe da Atenção Básica no 24; Ano V, Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
10. Brasil. Ministério da Saúde. 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social, Brasília, DF, de 29 de julho a 1.^o de agosto de 2004/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.- Brasília, 2005.
11. Bastos JLD, Nomura LH, Peres MA. Dental pain, socioeconomic status, and dental caries in young male adults from southern Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(5):1416-23.
12. Meneghim MC, Kozłowski FC, Pereira AC. Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. *Ciênc. saúde coletiva* 2007; 12(2):523-9.
13. Barbato PR et al. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(8):1803-1814.
14. Gomes D, Da Ros MA. A etiologia da cárie no estilo de pensamento da ciência odontológica. *Ciênc. saúde coletiva* 2008; 13(3):1081-1090.
15. Souza DJ et al. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Rev Bras de Odontol em Saúde Coletiva*; 2:7-28, 2001.
16. Barros SG, Chaves SCL. A utilização do sistema de informações ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiol Serv Saúde* 2003; 12(1):41-51.
17. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa de Saúde da Família no Estado do Paraná. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(4):1026-1035.
18. Artmann E, Azevedo CS, Sá MC. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. *Cad. Saúde Pública* 1997; 13(4):723-740.
19. ddSavassi LCM, Dias RB. Planejamento de ações na Equipe. Grupo de Estudos em Saúde da Família. Disponível em: www.smmfc.org.br/gesf.
20. Paim JS. Planejamento em saúde para não especialistas. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Ed. Hucitec-Fiocruz, 2007, 767-782.
21. Souza MFM. Dos dados a política: a importância da informação em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2008; 17(1):5-6.
22. Rozani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2008; 13(1):23-34.
23. San Martín H. *Salud y enfermedad*. 2.^a Ed. México: La prensa médica mexicana, 1968. 652-666.
24. Heilbroner RL. *Introdução à história da idéias econômicas*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1965, p. 263-287.
25. Campos LA. *A crise da Ideologia Keynesiana*. Rio de Janeiro: Campus, 1980. 355 p.
26. Mannheim K. *Liberdade, poder e planificação democrática*. São Paulo: Mestre Jou, 1972, 414 p.
27. Testa M. *Estregetia, coherencia y poder en las propuestas de salud (segunda parte)*. Cuadernos Médico Sociales. 1987; 39:3-28.
28. Mehry EE. Planejamento com tecnologia de gestão: tendências e debates sobre planejamento em saúde no Brasil. In: Gallo E. *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*, São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995, 117-149.

29. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008.
30. Brasil. Portaria de Diretrizes e Normas para a Atenção Básica. Estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e institui a Política Nacional de Atenção Básica, 2006.
31. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(2):241-6.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde / SNAS. Doutrinas e princípios (ABC do SUS n.1). Brasília; 1990.
33. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso dos Serviços Odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2006; 11(4):999-1010.
34. Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos Serviços de Saúde Bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande - PB. *Cad. de Saúde Pública* 2008; 24(12):2871-2880.
35. Nogueira RP. O Trabalho em Serviço de Saúde. In: Santana JP, Santos I, Fekete MC, Galvão EA, Mandelli MJ, Penna ML, Mota MV, Ribeiro WM. Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos; 1997. p. 183-186.
36. Brasil. Planejamento com enfoque estratégico: uma contribuição para o SUS / Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde. 1999, 50 p.
37. DeCS, Descritores em Ciência da Saúde. Planejamento em Saúde. <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/> [acessado em 01/03/2009].
38. Ferreira FW. Planejamento sim e não: um modo de agir em um mundo de permanente mudança. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981, 157p.
39. Giordani JA. La planificación como proceso social. Un esquema de análisis. Cuadernos Sociedade Venezuelana de Planificación: Teoría e Métodos de la Planificación. 1997; 3:147-177.
40. Habermas J. Teoría da la Acción Comunicativa. Taurus: Madrid, 1987.
41. Cotrim G. Filosofia Contemporânea 2. In: _____. Fundamentos da Filosofia - História e Grandes Temas. São Paulo: Editora Saraiva, 2006 p. 193-218.
42. Moulaert F, Cabaret K. Planning, Networks and Power Relations: is Democratic Planning Under Capitalism Possible? *Planning Theory*. 2006; 5: 51.
43. Brand R, Gaffikin F. Collaborative Planning in an Uncollaborative World. *Planning Theory*. 2007; 6: 282.
44. Agger A, Löfgren K. Democratic Assessment of Collaborative Planning Processes. *Planning Theory*. 2008; 7: 145.
45. Chettiparamb A. Re-Conceptualizing Public Participation in Planning: A View Through Autopoiesis. *Planning Theory*. 2007; 6: 263.
46. Erasmus E, Gilson L. How to start thinking about investigating power in the organizational settings of policy implementation. *Health Policy and Planning*. 2008; 23:361-368.
47. Rydin Y. Re-Examining the Role of Knowledge Within Planning Theory. *Planning Theory*. 2007; 6: 52.
48. Alexander ER. The Role of Knowledge in planning. *Planning Theory*. 2008; 7: 207.
49. Mandelbaum SJ. Planning Intelligence. *Planning Theory*. 2008; 7: 318.
50. Talvitie A. Theoryless Planning. *Planning Theory*. 2009; 8: 166.
51. Paim JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008, 547-573.
52. Paim JS. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: _____. Epidemiologia e Saúde. 6ª. Edição. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
53. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prograb: Programação de gestão por resultados / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 160p.
54. Oliveira AGRC, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva* 1999; 2:9-13.