



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Comunitária**



**A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM
DOIS MUNICÍPIOS DA BAHIA: DA ENTRADA NA AGENDA À SUA
IMPLEMENTAÇÃO.**

Thaís Regis Aranha Rossi

**Salvador
2011**



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Comunitária**



**A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM
DOIS MUNICÍPIOS DA BAHIA: DA ENTRADA NA AGENDA À SUA
IMPLEMENTAÇÃO.**

Thaís Regis Aranha Rossi

Orientadora: Prof^a Dr^a Sônia Cristina Lima Chaves

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em saúde coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Planificação e Gestão do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

**Salvador
2011**

Rossi, Thaís Regis Aranha

A política de saúde bucal na atenção especializada em dois municípios da Bahia: da entrada na agenda à sua implantação / Thaís Regis Aranha Rossi, 2011.
65 f. II.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Sônia Cristina Lima Chaves.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, 2011.

1. Saúde bucal – políticas públicas. 2. Sistemas de saúde. 3. Assistência odontológica. I. Chaves, Sônia Cristina Lima. II. Título

CDU: 616.314



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

THAÍS REGIS ARANHA ROSSI

A Política de Saúde Bucal na Atenção Especializada em dois Municípios da Bahia: da Entrada na Agenda à sua Implementação

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 06 de dezembro de 2011

Banca Examinadora:

Profª. Sônia Cristina Lima Chaves – Faculdade de Odontologia/UFBA

Profª. Nilcema Figueiredo – Departamento de Medicina Social/UFPE

Profª. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas – Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

Prof. Jairnilson Silva Paim – Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

À minha mãe, pela força e apoio eternos;

À minha querida avó Dulce, por todo amor e carinho do mundo;

À memória do meu estimado avô Washington Aranha, por todas as lições;

Aos meus irmãos, padrasto e pai, pelo aprendizado cotidiano.

AGRADECIMENTOS

Devo sinceros e profundos agradecimentos a muitas pessoas na construção deste trabalho. Com emoção, agradeço:

Aos gestores, cirurgiões-dentistas, ASBs e funcionários entrevistados nos municípios que foram objeto da pesquisa, pela confiança e colaboração;

À minha orientadora, Sônia Chaves, carinhosamente Soninha, pela atenção de sempre e por me incentivar a ser independente;

À querida professora Maria Isabel Pereira Vianna, pelo incentivo diário através de seu exemplo e palavras de carinho e ternura;

À professora Maria Cristina Teixeira Cangussu, por ser uma grande mestra desde o período da graduação, apoiando-me e incentivando-me na trajetória profissional e acadêmica;

Ao professor Jairnilson Paim, pelo aprendizado em suas aulas que ecoaram na minha vida pessoal e profissional e por me incentivar na luta pela saúde na qual acredito;

À professora Lígia Vieira, pelo aprendizado constante na prática do tirocínio, por sua atenção, compromisso, seriedade e também pelos momentos de descontração;

À professora Ana Luíza Vilasboas, por todas as contribuições no projeto desta dissertação, toda sua competência, atenção dispensada e carinho;

Às amigas Sandra Garrido e Denise Nogueira, pelas contribuições no projeto e na dissertação, pela escuta nos momentos difíceis e pelo apoio;

Aos colegas de jornada na pós-graduação do Instituto de saúde Coletiva, por tudo que compartilhamos;

Aos colegas de trabalho e bolsistas da Central de Atendimento ao Paciente da FOUFBA, pela compreensão durante o curso do mestrado acadêmico;

Aos funcionários da Secretaria de Pós-Graduação do ISC, pela ajuda em diversos momentos;

A minha família, pela força e vibração nas horas mais difíceis;

A Paulo Leonardo, pelo companheirismo e apoio;

A todos os mestres e amigos da Casa da Caridade, por serem sempre um porto seguro;

A todos os meus amigos, pela compreensão das minhas ausências.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica
AS – Atenção Secundária
ASB – Auxiliar em Saúde Bucal
BPA – Boletim de Produção Ambulatorial.
CBMF – Cirurgia Bucomaxilofacial
CD – Cirurgião Dentista
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
ESB - Equipe de Saúde Bucal
ESF – Equipe de Saúde da Família
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
ISC – Instituto de Saúde Coletiva.
LPD – Laboratório de Prótese Dentária.
LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária.
MS – Ministério da Saúde
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PMS – Plano Municipal de Saúde
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal
PPA – Plano Plurianual
PSF – Programa de Saúde da Família
RAG – Relatório Anual de Gestão
RH – Recursos Humanos.
SB – Saúde Bucal
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TSB – Técnico em Saúde Bucal
USF – Unidade de Saúde da Família.

***Pensar para agir e
agir para pensar melhor”***

*Palavras de Amílcar Cabral citadas
pelo Prof. Jairnilson Paim em suas aulas.*

***O êxito da implementação de políticas de
saúde, transformando realidades locais,
depende de sujeitos transformadores que
tenham atitude e aptidão críticas.***

***A necessidade de ter uma atitude crítica
ante os feitos da realidade significa não
confiar que as formas em que os fatos se
apresentam são as únicas possíveis.***

***Entretanto uma atitude crítica não é o
bastante para mudança da realidade,
deve ser complementada com a aptidão
crítica, adquirida através da educação.***

Mário Testa, 2007.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

ARTIGO 1	10
Perspectivas do ciclo da política pública da atenção especializada em saúde bucal: do triângulo de governo ao postulado de coerência.	
ARTIGO 2	34
Processo de trabalho em saúde na implementação da atenção secundária em saúde bucal no nível local.	
APÊNDICES	56

APRESENTAÇÃO

Essa dissertação de mestrado está apresentada sob a forma de dois artigos interrelacionados.

O primeiro artigo encontra-se apresentado segundo o modelo preconizado para a submissão ao periódico Cadernos de Saúde Pública – ENSP. O segundo foi adequado às normas para publicação na Revista de Saúde Pública.

O artigo 1 tem como objeto a fase de implementação do ciclo da política pública de atenção especializada em saúde bucal nos dois municípios estudados. Os dados empíricos foram analisados através de categorias definidas a partir das contribuições teóricas de Mário Testa e Carlos Matus, o Postulado de Coerência e o Triângulo de Governo, respectivamente, a partir de uma adaptação de Vilasboas (2006).

O artigo 2 analisa, através do processo de trabalho em saúde, contribuição teórica de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves de inspiração marxista, a implementação do Centro de Especialidades Odontológicas e sua interface com a atenção básica.

Esse estudo espera contribuir no conhecimento acerca da organização da atenção secundária de saúde bucal no SUS, ampliando a base de evidências quanto aos determinantes relacionados ao menor ou maior êxito de políticas dessa natureza.

Ademais, a presente investigação busca ser uma contribuição às práticas de gestão e assistenciais desenvolvidas no âmbito municipal, não almejando apenas ficar restrita ao campo científico.

ARTIGO 1

**IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE
BUCAL: DO TRIÂNGULO DE GOVERNO AO POSTULADO DE
COERÊNCIA.**

RESUMO

Problemática: A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), formulada em 2004, tem buscado a implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO como estratégia principal na oferta de atenção secundária no serviço público.

Objetivo: Esse estudo visou analisar como se desenvolveu a implementação dos CEOs em dois municípios no estado da Bahia, Brasil.

Metodologia: Esse estudo foi desenvolvido a partir de uma abordagem qualitativa, que envolveu dois estudos de caso em municípios com 100% de cobertura da ESF. Os procedimentos para coleta dos dados envolveram entrevistas semi-estruturadas, análise documental e observação participante. A análise dos dados foi feita através do postulado de coerência e do triângulo de governo. O triângulo de governo propõe a relação entre três variáveis, vértices de um triângulo: o projeto de governo, a capacidade de governo e governabilidade. No postulado de coerência, há uma relação necessária entre o propósito de governo, o método para alcançá-lo e a organização.

Resultados: Observou-se que a existência de projeto de implementação em consonância com as diretrizes do governo local; propósito de crescimento; alta capacidade de governo e métodos coerentes, além de uma organização favorável à implementação do projeto foram características da gestão na qual se constatou implementação exitosa.

Conclusão: Conclui-se que nos dois municípios estudados, o governo local desempenhou papel fundamental na implementação do CEO.

Palavras-chave: avaliação de serviços de saúde, política de saúde, serviços saúde bucal.

ABSTRACT

Problem: The Oral Health National Policy, formulated in 2004, has implemented the Dental Specialty Centers (CEOs) as a primary strategy in providing secondary care in public service.

Objective: This study aimed to analyze how two municipalities in the state of Bahia/ Brazil developed the implementation of secondary care in oral health - the CEOs.

Methodology: This study was developed from a qualitative approach, which involved two case studies in cities with 100% coverage of “Programa de Saúde da Família” - PSF (Family Health Program). The procedures for data collection involved semi-structured interviews, document analysis and participant observation. Data analysis was performed using the postulate of coherence and the government triangle. The government triangle proposes the relationship between three variables, the vertices of a triangle: the government project, the capacity of government and governability. The postulate of coherence discusses that there is a necessary relationship between the purpose of government, the method to achieve it and the organization.

Results: We observed that the existence of project implementation in line with the guidelines of the local government, purpose of growth, high capacity and consistent methods of government, as well as an organization supports the implementation of the project characteristics were management which is found in successful implementation.

Conclusion: In both municipalities, local government played a key role in the implementation of the CEO.

Key-words: health services evaluation, health policy, dental health services.

1 INTRODUÇÃO

A entrada da saúde bucal na agenda de prioridades do governo federal no Brasil obteve a sua efetivação quase duas décadas após a realização da I Conferência Nacional de Saúde Bucal e do I Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal (ambos de 1986), quando já se denunciava a precária situação de saúde bucal da população e os limites da atenção pública nessa área¹.

Em 2004, a publicação do documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” – PNSB aponta certa importância concedida ao tema no governo Lula, sendo considerada uma das prioridades deste governo^{1,2,3,6}. Segundo seus formuladores, a PNSB baseia-se numa concepção ampliada de saúde e objetiva reorganizar os serviços odontológicos assegurando a integralidade das ações^{4,5}.

Autores que analisaram como vem ocorrendo o processo de implementação da atenção especializada em SB apontam a ampliação do acesso e da oferta de ações e serviços especializados^{7, 8}. Outros autores apontam que a pré-existência de serviços especializados, funcionamento superior a um ano, porte populacional e IDH municipal estão relacionados a um melhor desempenho dos CEOs⁹. Além de maior cobertura da atenção básica¹⁰.

Nesses estudos, os municípios investigados não tinham 100% de cobertura populacional estimada da Estratégia de Saúde da Família – ESF e as possíveis lacunas encontradas, muitas vezes estavam relacionadas a diversas “falhas” na Atenção Básica. Por outro lado, a aproximação com referenciais da ciência política e sociologia são aspectos importantes para melhor compreender o processo de implementação de políticas de saúde, incluindo a saúde bucal. Assim, considera-se importante a realização de estudos que analisem a implementação da política de saúde bucal no nível municipal, as características de governo local e os resultados dos investimentos realizados na implementação dos CEOs.

Assim, esse estudo visou analisar a implementação da atenção especializada em saúde bucal no contexto local, com ênfase no momento da implementação, em dois municípios no estado da Bahia, Brasil.

2 METODOLOGIA

2.1 Estratégia do estudo e fontes de informação

Foram conduzidos dois estudos de caso na Bahia, no período entre 2010 e 2011. Inicialmente, foi feito o levantamento dos municípios da Bahia, nos quais existiam Centro de Especialidades Odontológicas e 100% de cobertura populacional estimada pela ESF. Além disso, entrevistou-se a Coordenação Estadual de Saúde Bucal, a fim de identificar municípios considerados exemplares quanto ao desempenho do serviço especializado em SB. Os critérios de avaliação utilizados foram decorrentes das visitas técnicas realizadas pela referida área técnica da Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia/ SESAB e da avaliação anual realizada pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal/ Ministério da Saúde. Assim, foram definidos dois municípios exemplares de porte populacional semelhante, ambos de médio porte.

Os procedimentos para a produção de dados foram análise documental, realização de entrevistas semi-estruturadas e observação participante descritiva¹⁵.

Constituíram-se como fontes de análise documental o documento das diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal, que norteia a organização das ações e dos serviços no âmbito estadual e municipal e outras publicações do Ministério da Saúde que versaram sobre o tema; Plano Plurianual – PPA; Planos municipais de saúde - PMS; Relatórios anuais de gestão - RAG; Protocolos Assistenciais municipais e conteúdo das atas do Conselho Municipal de Saúde - CMS sobre o tema em questão.

Posteriormente, realizaram-se entrevistas com 24 informantes chaves. Foram entrevistados 1 prefeito (a), 2 secretários de saúde, 2 coordenadores de SB e/ou do CEO, 8 cirurgiões-dentistas especialistas nos CEO e 1 generalista da atenção básica, 8 auxiliares de SB e 3 funcionários dos serviços. As entrevistas foram individuais e semi estruturadas, sendo todas gravadas, transcritas e analisadas.

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia nº 045/2010 . O presente estudo teve fomento do edital DCIT/MS/FAPESB - PPSUS nº 6127/2010.

Quadro 1: Matriz de análise das características de gestão dos CEOs em dois município das Bahia, 2011.

Categorias de análise	Principais questões norteadoras	Fontes de verificação
Projeto de Governo e Propósitos	<p>Quais os antecedentes até a formulação do projeto para a implementação do CEO no município?</p> <p>Havia recursos necessários para uma implementação satisfatória?</p> <p>Os objetivos e diretrizes propostos são coerentes com a proposta do governo municipal e com as diretrizes nacionais?</p> <p>A formulação do projeto para a implementação no município apresenta objetivos, metas e direção claros?</p> <p>Os objetivos explicitados em planos, documentos ou discurso da equipe dirigente expressam suficiência e coerência com intenções de manutenção, crescimento ou mudança da situação de saúde bucal?</p>	<p>Análise documental de Planos, programas, projetos, relatórios de gestão da Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>Entrevista com Prefeito, Secretário de Saúde, Coordenador de SB/CEO e profissionais da assistência (Cirurgiões Dentistas, Auxiliares de Saúde Bucal e funcionários).</p>
Capacidade de Governo e Método	<p>Qual a descrição do perfil profissional, tempo de serviço dos membros entrevistados?</p> <p>Qual é a visão da equipe sobre a imagem-objetivo do CEO?</p> <p>Como se deu o processo de implementação?</p> <p>Como a equipe de saúde bucal organiza as suas atividades individual e coletivamente?</p> <p>Quais são as práticas de gestão utilizadas pela equipe dirigente de saúde bucal?</p> <p>Os recursos necessários para a sua implementação foram considerados no momento da formulação/implementação?</p> <p>Como é que as decisões sobre a implementação dos CEOs foram tomadas? Quem decide? Baseado em qual informação?</p>	
Governabilidade	<p>Qual a autonomia da equipe de gestão da saúde bucal no município?</p> <p>Qual é a relação dessa equipe de gestão de saúde bucal dentro da SMS junto a outros atores?</p>	
Organização	<p>Quantidade de profissionais, ações desenvolvidas, oferta/utilização e estrutura física do serviço.</p> <p>Quais foram as mudanças organizacionais exigidas pela implementação do serviço de atenção especializada em SB?</p>	

2.2 Elementos teóricos

Este estudo baseou-se na articulação entre os conceitos oriundos de distintas teorias no campo da política, planejamento e gestão em saúde.

Adotou-se a perspectiva de Pinto¹¹ que entende o ciclo político nas seguintes etapas: a) determinação da agenda; b) formulação e legitimação; c) implementação; d) avaliação de políticas.

A análise das características de gestão dos CEOs, na etapa de implementação do ciclo da política, foi realizada segundo a articulação teórica, adaptada de Vilasboas¹², entre o conceito de “triângulo de governo”¹³ e “postulado de coerência”¹⁴.

O conceito de “Triângulo de Governo”¹³ refere-se a três variáveis que conformam os vértices de um triângulo: o projeto de governo, a capacidade de governo e a governabilidade.

Matus¹³ aborda que o projeto de governo seria um sistema propositivo ou conjunto de propostas de ações realizadas por um ator no intuito de alcançar sua meta. Neste estudo, o conceito de ator social é entendido como uma pessoa, grupo de pessoas, instituições, organizações sociais ou partidos políticos que se constituem como centros de acumulação e desacumulação de poder e tem capacidade de desenvolver fatos sociais¹³.

Articulando as duas teorias, entende-se o projeto de governo¹³ enquanto expressão do propósito de governo¹⁴.

Tratando dos propósitos de governo, o principal papel das instituições do Estado é garantir a continuidade do sistema capitalista¹⁴.

O autor afirma que os propósitos de um governo podem ser definidos enquanto legitimação, crescimento ou transformação. A legitimação é um propósito permanente, ou seja, sua legitimação enquanto governo e das “características dominantes da formação econômico-social que o sustenta”. O crescimento é considerado um propósito principal, mais especificamente crescimento da produtividade. Já o propósito de transformação está relacionado à possibilidade de condições que levem à transformação da estrutura social e à visão do Estado como heterogêneo, onde há existência de diferentes grupos sociais ocupando o Estado. Os propósitos de legitimação e crescimento estão relacionados à visão de Estado como homogêneo, isto é, a articulação de diferentes grupos sociais no Estado.

Não são apenas as circunstâncias e interesse do ator que determinam o conteúdo propositivo de suas ações, mas também, sua capacidade de governo.

A capacidade de governo seria a capacidade de condução, gerência ou administração e refere-se a técnicas, métodos, destrezas, habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo para conduzir o processo social quanto aos seus propósitos¹³.

O terceiro vértice do triângulo de governo que somado ao projeto de governo e à capacidade de governo representam variáveis que se entrelaçam e condicionam-se mutuamente é a governabilidade¹³.

A governabilidade do sistema é uma relação entre o peso das “variáveis que o ator controla e não controla”, no processo de governo. Quanto mais variáveis o ator controla, maior será sua liberdade de ação e maior será, para ele, a governabilidade do sistema¹³.

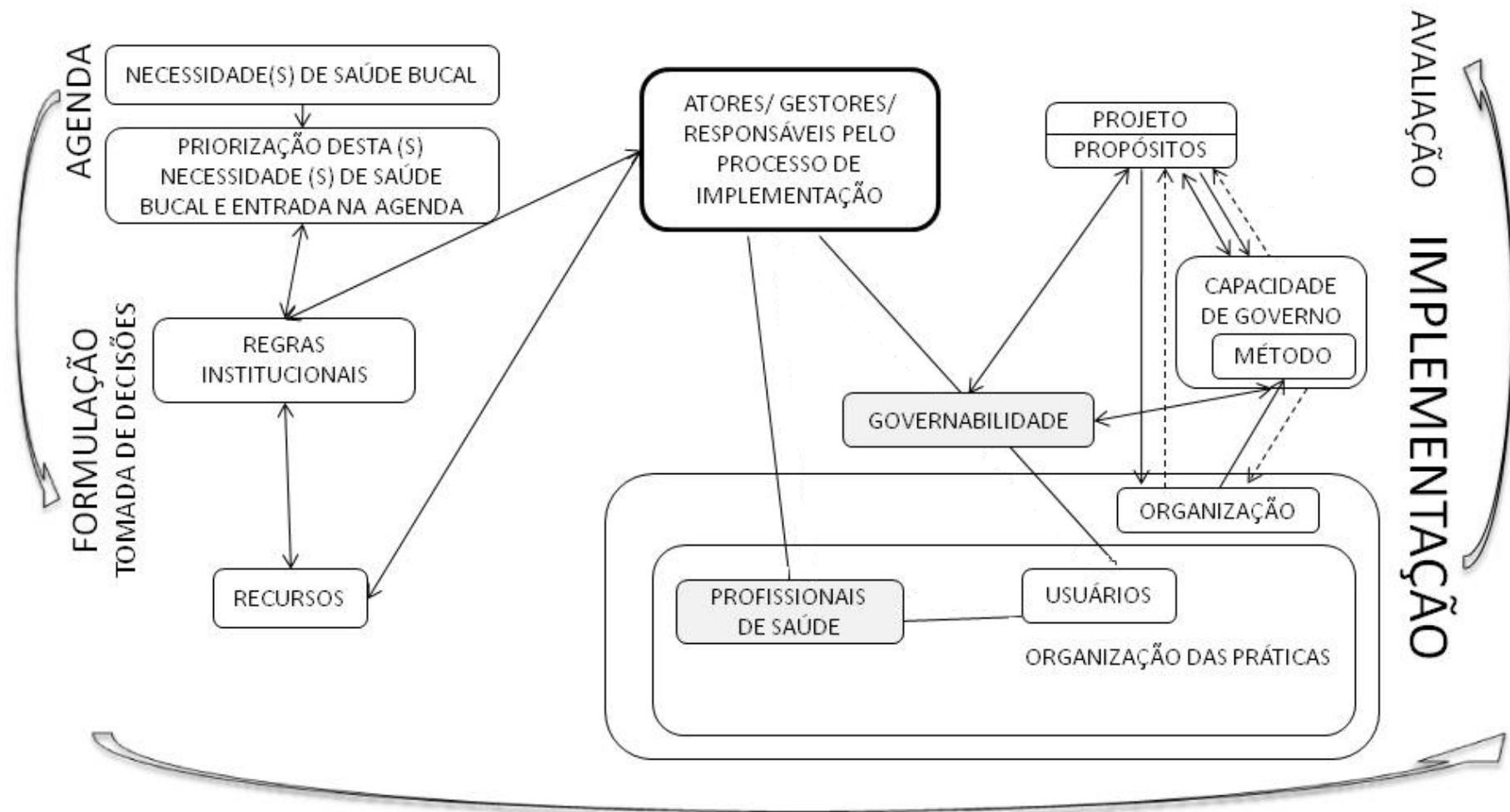
A governabilidade de um sistema expressa o poder que determinado ator tem para realizar seu projeto. É uma categoria relativa a um determinado ator, às demandas e exigências que o projeto de governo impõe a ele, e à sua capacidade de governo¹³.

O método refere-se à “teoria do problema que o método procura resolver”. Os métodos de governo representam a formalização de uma boa prática, baseada implícita ou explicitamente em uma teoria eficaz. Contudo, quando há atraso na teoria de governo, a prática acaba por emergir antecipadamente de modo assistemático, algo que anos depois, segundo o autor, a teoria formalizará.

No que tange à organização, quanto à relação de coerência, esta será determinada pelo propósito de governo e pelo método. Para Testa¹⁴, a organização constitui-se “uma cristalização da história”. A análise de organização em um dado momento retrata indiretamente outras determinações advindas do passado, juntamente com as atuais.

Esse conjunto de referenciais teóricos para análise da PNSB está representado no Quadro 1 e na Figura 1. Nessa figura, abordou-se desde o início do ciclo da política de saúde bucal, quando uma necessidade de SB é reconhecida e de diversas maneiras entra na agenda do Estado, até o momento de avaliação da política. Após entrar na agenda, a política será formulada segundo regras institucionais. Nessa etapa do ciclo, a análise dos recursos é fundamental para uma implementação adequada. Na terceira etapa, os atores locais exercem papel central, sendo o governo municipal protagonista da implementação, analisada /nesses estudos através da articulação de duas teorias^{13, 14}. A organização das práticas está contida e é reflexo de uma estrutura organizacional maior. Essa, por sua vez, está relacionada aos componentes mencionados.

Figura 1 - Marco teórico referencial do ciclo da política de saúde bucal no contexto local.



Fonte: Adaptado de Vilasboas¹². Referenciais Teóricos: Ciclo da Política Pública; Triângulo de Governo¹³; Postulado da Coerência¹⁴.

3 RESULTADOS

3.1 Município A: *Seta na direção do alvo*

Antecedentes da implementação

A equipe gestora da saúde bucal - secretário de saúde e coordenador da SB/CEO era composta por sanitaristas com experiência prévia na gestão pública da saúde. A prefeita era pedagoga com mestrado em educação.

O projeto do serviço de AE proposto pela PNSB entrou na agenda do governo municipal após pressão exercida pela conferência municipal de saúde e análise dos resultados do inquérito epidemiológico em SB realizado pelo próprio município em escolares no ano 2000. Essas informações serviram de subsídio à formulação do projeto, bem como as avaliações das necessidades de saúde dos usuários que freqüentavam o serviço da AB.

O projeto foi formulado pela coordenadora de SB em parceria com uma auditora médica e apresentado ao secretário e ao gestor municipal antes de ser encaminhado à CIB. O projeto passou por discussões e aprovação no CMS, bem como com profissionais da SB do município.

Na tomada de decisão para implementação do serviço, foram fundamentais as deliberações da conferência municipal de saúde. Aliou-se também a estratégia de formalização pelos profissionais de saúde da enorme demanda de usuários encaminhada a outros municípios devido à ausência de oferta procedimentos especializados. Essas informações eram apresentadas periodicamente ao secretário de saúde pela coordenadora que sensibilizado, levou o projeto à prefeita. Aqui se observou cálculo técnico político para construção de viabilidade de implementação do projeto.

Os gestores da saúde bucal afirmaram ter sido realizada uma análise dos recursos necessários à implementação do CEO. A gestão contou com o recurso disponibilizado pelo MS, tendo o CEO sido implementado no ano de 2006.

Propósito e Projeto de Governo

A análise dos documentos demonstrou coerência entre as propostas e ações até o ano de 2009, entretanto constatou-se divergência entre o Plano Municipal de Saúde – PMS 2010-2013 e RAG 2010 (Quadro 2). No PMS 2006-2009 do município A, percebeu-se a meta de implementação do CEO, posteriormente traduzida em ação nos relatórios dos anos subsequentes. Contudo, no PMS seguinte não se constataram metas para o CEO especificamente, apesar dos relatórios de gestão 2009 e 2010 apontarem perspectivas de ampliação do serviço para CEO tipo II. Essa ampliação também esteve presente no discurso dos gestores e profissionais da assistência especializada (Quadro 2).

A prefeita relatou que a manutenção e ampliação do CEO fez parte do seu projeto de governo na campanha para sua reeleição exitosa e está contido nas diretrizes do governo atual.

Quanto aos propósitos de governo, os atores destacaram em seus discursos o propósito de crescimento para SB.

Nossa idéia é que possamos ampliar para o CEO II, ampliar a possibilidade de serviços, prótese também, ampliando isso para que possamos oportunizar a população esse acesso gratuito a um serviço que até então é um serviço caro, e [...] a gente precisa ampliar estas oportunidades de serviço para a população que não tem condição de pagar [...] acaba cumprindo o papel do serviço público que é atender a população mais carente. Prefeita.

Destaca-se assim, a ausência do propósito de transformação tendo em vista que a principal gestora compreende o serviço público como “aquele para atender a população mais carente”, o SUS para pobres¹⁶.

O trabalho na SB tornou-se fonte de legitimação política da administração municipal junto à população.

Quadro 2: Propostas e ações constatadas na análise documental, município A, PPA e PMS período 2006 a 2013 e RAG 2007 a 2010.

Propostas/ Estratégias pelos PMS e PPA		Descrição/ Ações realizadas pelos RAG	
2006-2009 PMS	Estratégia de ação para o problema de alta prevalência de cárie dental e outras patologias orais na população: • Implementação da cobertura de assistência odontológica	2007	O CEO está descrito no capítulo da AB. Aplicação do recurso de R\$112.200,00 no CEO. Incremento de 54,47% nas ações especializadas em odontologia. Após da implantação do CEO, foi promovido

	<p>básica e especializada.</p> <p>Estratégia de ação para o problema: dificuldade de acesso ao atendimento odontológico nas unidades de saúde do município.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implantar o Centro de Especialidades Odontológicas. 		<p>pela Coordenação de Saúde Bucal um Curso sobre Diagnóstico de Lesões Bucais destinado aos profissionais das ESB e do CEO.</p>
		2008	<p>CEO descrito em um capítulo específico de saúde bucal.</p> <p>A implantação do CEO foi apontada com principal realização do período de 2005 a 2008.</p> <p>Durante o ano de 2008, foram realizados 20.392 procedimentos no CEO e 5.421 pacientes foram atendidos, nas especialidades endodontia, cirurgia oral menor, periodontia e pacientes especiais.</p> <p>Aplicação do recurso de R\$60.000 no CEO, com exceção dos gastos com pessoal.</p>
		2009	<p>CEO descrito em capítulo específico de SB.</p> <p>CEO implantado com aplicação de R\$85.800, fora gastos com pessoal.</p> <p>Numa parceria com a área técnica de Saúde Bucal da SESAB, foi realizada uma especialização em Periodontia Básica e Especializada, onde o município serviu de piloto neste tipo de curso.</p> <p>Reforma na estrutura física do CEO.</p> <p>Durante o ano de 2009, foram atendidos 4.310 pacientes.</p> <p>Enquanto perspectiva para o futuro, foi apontado credenciamento de CEO tipo II, com a inclusão de mais um consultório odontológico.</p>
2010-2013 PMS	<p>Doenças bucais não foram apontadas como problema do estado de saúde da população.</p> <p>Não houve menção às ações especializadas especificamente em saúde bucal.</p>		<p>Durante o ano de 2010, foram atendidos 3.491 até o mês de Setembro de 2010.</p> <p>Realização de Seminário do Curso de Periodontia.</p>
2010-2013 PPA	<p>Programa de manutenção do CEO com ações para aumentar a oferta de atendimento odontológico especializado e garantir o acesso à SB dos pacientes com necessidades especiais.</p>	2010	<p>Perspectiva de credenciamento de CEO tipo II e implementação de laboratório de prótese dentária descrita no RAG;</p> <p>Aplicação do recurso de R\$66.000,00 no CEO, com exceção dos gastos com pessoal.</p>

Capacidade de Governo e Método

As evidências apontam que a formação sanitarista, enquanto componente da capacidade de governo, foi um aspecto importante no êxito da organização do serviço.

No estudo da capacidade de governo e método utilizado pelos atores em questão, é pertinente indagar qual o papel da coordenação de SB no nível local nos municípios estudados? Quais as atribuições dessa coordenação? Quais os instrumentos de gestão utilizados? Qual a sua composição?

“Equipe”. É assim, nós “equipe” de saúde bucal [...] Eu resolvo as coisas aqui levo para secretário e para coordenadora de AB. [...] Mas dizer que tem outras pessoas para discutir, não. [...] eu não tenho nenhuma pessoa, tudo sou eu: do material de limpeza, ao material odontológico, do CEO e da SB, tudo é comigo. Coordenadora SB/CEO.

A coordenação de SB do município, voltada para ações de atenção básica e especializada, é exercida por apenas um profissional odontólogo que demonstrou insatisfação pela sobrecarga de trabalho. Isso se traduz na fala do ator pela autodenominação de “equipe de saúde bucal”. Verificou-se precarização do vínculo de trabalho não só da coordenadora como também dos profissionais da SB, sem garantia de direitos trabalhistas.

Essa coordenação era responsável pela manutenção e funcionamentos dos consultórios e equipamentos odontológicos, acompanhamento da licitação, supervisão do trabalho da equipe assistencial, liderança no planejamento das ações, monitoramento da oferta/ utilização do serviço e avaliação. Foi referida a dificuldade em realizar reuniões periódicas com os especialistas do CEO.

Identificou-se distintas práticas de planejamento com base nas narrativas dos entrevistados como o cálculo técnico político para construção de viabilidade¹² do projeto de implementação do CEO, planejamento da gestão para ações da atenção básica e especializada, elaboração do plano municipal de saúde.

A gestora da SB possuía alta capacidade de governo não apenas pela sua capacidade de condução do projeto da SB, mas pela sua experiência na gestão e pelas habilidades demonstradas no controle do processo de trabalho.

Essa coordenação também realizava atendimento a solicitações e reclamações por usuários das USFs ou CEO, intercalando as tarefas administrativas. Os profissionais de saúde bucal da assistência referiram participar da tomada de decisão quanto ao seu trabalho.

A prefeita e o secretário de saúde assinalaram como facilitadores para implementação e êxito do serviço, o trabalho e empenho da coordenação de SB/CEO e da equipe de profissionais da assistência.

Governabilidade

O apoio político do governo municipal ao projeto do CEO foi fundamental para a implementação exitosa do serviço. Existia interação entre a coordenadora do SB/CEO com outros membros da SMS, inclusive secretário de saúde e coordenação da atenção básica.

Entretanto, observou-se baixa governabilidade da gestão dos recursos humanos já que a contratação de pessoal para AB tem sido fruto de indicações políticas. Ademais, a prefeita deliberava os cortes de pessoal e consultava a coordenadora apenas para saber quais os profissionais seriam demitidos.

Organização

O CEO no município A, tipo I, contava com três equipes odontológicas, seis odontólogos especialistas ou com cursos de atualização/ aperfeiçoamento nas áreas em que atuavam, três ASBs, duas recepcionistas e um funcionária responsável pelos serviços gerais. A estrutura predial era própria, tendo sido adquirida pela prefeitura para implementação do CEO.

Na coordenação da SB não existia distribuição das funções, apesar da existência de um documento que subordinava a gerência do CEO à coordenação de SB, prevendo a existência de uma equipe de gestão.

O funcionamento do serviço se dava em cinco dias úteis da semana, em dois turnos, por profissionais que atendiam demandas de especialidades, exceto quando um dentista da AB utilizava um dos consultórios para atender usuários de uma zona rural distante da sede do município, devido à decisão da administração municipal de reduzir duas ESB.

3.2 Município B: *O serviço refém da crise de gestão*

Antecedentes da implementação

No município B, o coordenador SB/CEO tinha dupla inserção, um consultório particular na cidade e exercia o cargo de gestor de saúde bucal há mais de dez anos. O secretário era administrador, devido ao bom desempenho como secretário na pasta de Planejamento e Fazenda, foi direcionado para a SMS. A prefeita era pedagoga.

O projeto do CEO entrou na agenda do governo municipal por uma indução da então secretária de saúde em período anterior a 2006, após ter participado de uma palestra do MS sobre o CEO. Após o descrito, essa gestora anterior solicitou a formulação do projeto ao coordenador de saúde bucal e com a ajuda de outros membros da SMS levou à aprovação da prefeita, antes de encaminhá-lo à CIB. O projeto não foi apresentado ao CMS.

Notou-se a ausência de discussões em instâncias ou fóruns institucionais, bem como profissionais da SB do município. O projeto contou com recurso para implementação disponibilizado pelo nível federal.

No município, B não houve análise prévia de recursos, nem planejamento sistemático¹³ para implementação do serviço. O requisito de sistematicidade no planejamento refere-se àquele que segue corpos ideológicos, teóricos e metodológicos que apóiam o “cálculo que precede e preside a ação”¹³.

Apesar de o gestor ter afirmado que não houve estratégia de implementação, presumindo a inevitabilidade do planejamento¹³ e entendendo estratégia enquanto maneira de se colocar em situação de se aproximar para alcançar a meta¹⁷, pode-se afirmar que esse ator é um improvisador errático¹³, pois “atua conforme as circunstâncias e segundo um cálculo imediatista que estabelece coerência entre ideologia, teoria e métodos que apóiam seu cálculo”¹³.

O serviço de atenção especializada em SB foi implementado no ano de 2006.

Propósito e Projeto de Governo

A análise dos documentos cedidos demonstra disparidade entre as propostas e as ações executadas no município estudado.

Não foram constatadas propostas para atenção especializada no município B nos PMS, todavia no PPA 2010-2013 consta como ação o funcionamento do CEO (Quadro 3). Os RAGs analisados e as entrevistas demonstram a implementação do serviço com posterior “ascensão”. Essa “ascensão” foi caracterizada pelo aumento da produção, ajuste da carga horária de profissionais com vistas ao cumprimento de portaria ministerial, contratação de especialistas, ajustes da infra-estrutura, contratação de gerente para o CEO, atividades de educação em SB, aquisição de equipamentos e instrumentais (Quadro 3). Posteriormente a essa etapa de ascensão foi relatado um declínio levando o serviço do status de “referência na região” para “não exitoso”.

As narrativas dos entrevistados apontaram que o anúncio de cortes de gastos na saúde deveu-se à derrota em “disputa territorial envolvendo petróleo” com município vizinho. Muitos afirmaram que o CEO foi o alvo de cortes mais severos, com diversas ameaças de fechar o serviço.

Ademais, percebeu-se uma visão do serviço público de saúde enquanto “SUS para pobres”¹⁶. No discurso do secretário de saúde do município B é citado um cidadão que vai à procura do serviço público por não lhe restar outra opção e um Estado que “unilateralmente” oferece condições mínimas para prestação do serviço e ameniza os problemas de saúde para manter a reprodução da sociedade.

Permeou a fala dos odontólogos e ASBs uma grande desmotivação pelo “descaso” da administração com o serviço. Muitos afirmaram que o serviço mantinha-se funcionando pelo apoio e esforço mútuo dos profissionais que a exemplo do endodontista, quando não existia lençol de borracha para efetuar os tratamentos endodônticos, utilizava uma luva de procedimentos como substituto do lençol de borracha ou das ASBs que levavam os instrumentais para serem esterilizados no hospital municipal pois a autoclave estava quebrada.

[...] sem ser contraditório entre pegar uma profissional da área odontológica e um clínico (médico), a opção é um clínico. Isso em função da questão das finanças. Secretário de saúde

O problema maior é a falta de condição de trabalho, porque a gente está aqui sem proteção nenhuma, tomando a radiação toda. O coordenador nunca procurou a gente, a gente não procura o coordenador. É um cargo de fachada. CD Endodontista.

A grande maioria dos profissionais mencionou que o serviço sofreu várias ameaças de fechamento pela prefeita. Alguns entrevistados mencionaram mobilização popular pelo CEO nas ruas, com faixas e passeatas, outros afirmaram que o fato não existiu.

Apesar de todos os governos buscarem legitimação como propósito para se manter no poder, a SB não se constituía fonte de legitimação para a política local, pois se constatou secundarização desse segmento da saúde e até do setor saúde, segundo alguns entrevistados.

Quadro 3: Propostas e ações constatadas na análise documental, município B, PPA e PMS período 2006 a 2013 e RAG 2007 a 2010.

Propostas/ Estratégias nos PMS e PPA	Descrição/ Ações realizadas nos RAG	
<p>2006-2009 PMS</p> <p>Mencionada aprovação da implantação do CEO pela CIB e MS na descrição do serviço de odontologia do capítulo da atenção básica.</p> <p>Apesar de a doença cárie ter sido apontada enquanto sexto maior problema de saúde da população do município B, não foram traçadas metas envolvendo a saúde bucal.</p>	2007	<p>Descrição das atividades do CEO, LRPD e serviço de radiologia no capítulo de média complexidade.</p> <p>Apresentação do número de procedimentos realizados de janeiro a dezembro de 2007</p>
	2008	<p>Descrição das atividades do CEO, LRPD e serviço de radiologia no capítulo de média complexidade.</p> <p>Ressaltou-se a importância das reabilitações protéticas no CEO. Citaram-se necessidades de melhorias na infra-estrutura; aquisição de instrumentais e equipamentos odontológicos; contratação de 7 dentistas para cumprimento da Portaria GM 51/2004; contratação de ASBs e TPDs.</p> <p>O CEO serviu de campo de estágio para um curso de TSBs. Profissionais do CEO participaram do curso de controle de infecções.</p> <p>Apontaram-se entraves na manutenção dos equipos odontológicos.</p> <p>Descrição de procedimentos realizados no ano de 2008, em comparação com aqueles realizados no ano de 2007. Citam-se aumentos que variam de 3 a 235%, nas diversas especialidades, a exemplo de radiologia e periodontia respectivamente.</p>
	2009	<p>No segundo semestre ocorreu suspensão dos procedimentos de prótese; demissão e diminuição da carga horária de profissionais. Citou-se que esses fatores acarretaram a diminuição da produtividade, contudo ainda assim se considerou o número de procedimentos realizados satisfatório.</p>
<p>2010-2013 PMS</p> <p>A implementação do CEO, desde 2006, representou a consolidação das ações de odontologia, o que proporcionaria continuidade da assistência e resolutividade à maioria dos problemas de SB da comunidade, culminando, também, na melhoria da auto-estima e qualidade de vida das pessoas.</p> <p>Produtividade alcançada em 2009</p>	2010	<p>AE descrita juntamente com a atenção básica no capítulo da AB.</p> <p>Oferta reduzida de profissionais no CEO, ausência do profissional periodontista.</p> <p>Queda no perfil da produtividade e distanciamento das metas propostas pela portaria do MS.</p>

	<p>considerada satisfatória com relação ao ano anterior. Doenças bucais não foram apontadas como problema do estado de saúde da população.</p> <p>Compromisso da gestão municipal em reorganizar a rede assistencial de SB voltada para AB. Não constam metas para atenção especializada.</p>	
<p>2010-2013 PPA</p>	<p>Consta na diretriz estratégica de “Fortalecimento da prestação de serviços públicos de saúde através de uma gestão democrática e participativa” a ação de funcionamento do CEO com a finalidade de promover tratamentos odontológicos de média e alta complexidade.</p>	<p>Foi apontado que para cumprimento das metas seriam necessários: aquisição regular de materiais de consumo, manutenção preventiva/ corretiva dos equipamentos odontológicos, aquisição de equipamentos, instrumentais e materiais para atividades educativas, contratação do periodontista e aumento da carga horária dos outros profissionais, programação de levantamento epidemiológico de saúde bucal no município.</p>

Capacidade de Governo e Método

No município B, nenhum dos gestores ligados diretamente à SB tinha formação sanitarista. O coordenador tinha um cargo de confiança comissionado na gestão da saúde e os profissionais de SB eram concursados, com exceção de um CD que tinha vínculo temporário.

As atividades do coordenador situavam-se principalmente no âmbito de resolução de problemas técnicos e funcionamento dos equipos odontológicos, além da conciliação dos dois cargos, coordenação de SB e gerência do CEO, ser atribuída às fragilidades de ambos os serviços. Notou-se a ausência de planejamento sistemático das ações em conjunto com os profissionais e reuniões periódicas com a equipe assistencial, bem como acompanhamento, monitoramento e avaliação que tinham caráter punitivo.

Os profissionais argumentavam falta de supervisão e atribuíram o funcionamento do serviço ao desejo próprio de mantê-lo funcionando. Referiram não participar das decisões relativas ao seu trabalho. O coordenador SB/CEO interagiu com mais frequência com o secretário de saúde e com a ASB/ recepcionista que exercia efetivamente a gerência do CEO, mas declarava não ser remunerada pelas funções que exercia.

O entendimento do coordenador B acerca da gerência do CEO estava bastante influenciado pela sua lógica de inserção no setor privado ao argumentar que a gerência do CEO não era complexa por não haver custeio dos procedimentos através de desembolso direto. Esse gestor demonstrou baixa capacidade de governo.

Governabilidade

No município B, o CEO foi implementado pela decisão dos próprios gestores. Inicialmente a área de SB detinha boa governabilidade que não foi acumulada nos anos seguintes com a crise “financeira” da gestão. A mesma gestão municipal responsável pela implementação do CEO foi reeleita e permanecia na administração municipal até o período do estudo.

Observou-se baixa governabilidade da coordenação SB/CEO quanto à administração dos recursos financeiros, contratação de pessoal e compra de material. Percebeu-se controle de variáveis relacionadas à manutenção e funcionamento dos consultórios odontológicos, bem como na relação com dentistas e ASBs.

As evidências ratificam que a governabilidade de um sistema é menor se o ator tem baixa capacidade de governo, sendo também muito influenciada pela fragilidade no projeto.

Organização

O CEO tipo II, contava com quatro equipes odontológicas, cinco odontólogos especialistas ou com cursos de atualização/aperfeiçoamento, três ASBs, uma TSB que exercia função de ASB, uma recepcionista que efetivamente exercia a gerência do CEO e uma funcionária responsável pelos serviços gerais. O espaço demonstrava sinais de deterioração, sem perspectivas de reforma.

A gestão da SB no município, também era exercida por apenas um ator, sem distribuição de funções. O funcionamento do serviço se dava nos dois turnos, de segunda a sexta-feira por profissionais que atendiam demandas de especialidades. A escala previa dois dentistas atendendo em cada turno, sempre existindo consultórios odontológicos subutilizados.

4 DISCUSSÃO

Nos dois municípios estudados, o governo local desempenhou papel fundamental na implementação de uma política de saúde. Achado semelhante ao de um estudo sobre a implementação da PNSB em Salvador/BA¹⁸ e estudos sobre a gestão descentralizada¹⁹, bem como na saúde bucal¹⁰.

As primeiras etapas do ciclo da política pública, ou seja, o processo de entrada na agenda e formulação¹¹, demonstraram relevância para o êxito da implementação da política de atenção especializada nos municípios em estudo.

A capacidade de governo e método utilizados pelo ator influenciaram a implementação exitosa do CEO no município A. Estudo apontou que a capacidade de governo não se restringe apenas à perícia da equipe dirigente, incluindo também os sistemas de trabalho que se constituem expressões concretas das práticas de gestão realizadas por uma dada organização e o desenho organizativo da instituição¹².

Constatou-se centralização de funções e sobrecarga de trabalho do coordenador de SB/CEO, cargo exercido por apenas um odontólogo em ambos os municípios. Estudo que analisou a capacidade de governo em uma Secretaria Estadual de Saúde – SES também abordou a sobrecarga da equipe e centralização de funções como entraves à capacidade de governo.²⁰

Testa¹⁴ aborda a necessidade de autocrítica do método e que este deve seguir a teoria do problema a ser resolvido. Nos municípios estudados, a coordenadora do município A utilizava instrumentos de gestão preconizados pelo MS, bem como existiam protocolos assistenciais que norteavam as práticas dos CDs. As diretrizes da PNSB, documentos e portarias editadas eram balizadoras das ações. No município B, o discurso contemplava enquanto teoria as diretrizes preconizadas pelo MS, entretanto não se constatou a utilização de instrumentos de operacionalização.

Esses achados corroboram com um estudo que analisou as características do gestor municipal na implantação do SUS. O trabalho evidenciou uma baixa capacidade para formular, implementar e avaliar políticas municipais de saúde. A grande rotatividade de gestores municipais, composição limitada da equipe de governo, sobrecarga de atividades, contexto político local com baixa governabilidade foram aspectos críticos para a implementação de uma política de saúde²¹.

A construção do processo decisório esteve relacionada ao êxito na implementação do serviço. No município B as decisões tomavam o caminho clássico, no qual a hierarquia maior decidia e a hierarquia menor executa ou manda executar²².

Outros autores, ao analisarem a atenção à saúde bucal e sua relação com a descentralização em municípios da Bahia, corroboram com as evidências do presente estudo ao apontarem que a existência de um projeto de reorganização das práticas de saúde, de capacidade de governo e governabilidade para sua implementação constituíram-se aspectos favoráveis que podem ter influenciado no melhor desempenho de ações específicas de saúde bucal²³.

A debilidade da organização no município B, a precariedade do método e um propósito de governo de conservação aliados às ausências de articulação das variáveis que compõem o

triângulo de governo parecem ter influenciado o insucesso na implementação e manutenção do serviço de atenção especializada em SB. O método mantinha coerência com o propósito de conservação e a organização dos serviços de saúde mostrou-se um reflexo da estrutura organizacional maior.

A governabilidade do sistema não é indiferente à capacidade de governo nem às profundidades das mudanças pretendidas pelo projeto de governo¹³. Nesse estudo os dois atores apresentaram governabilidade restrita mesmo com desfechos distintos quanto à implementação do CEO.

Pode-se afirmar que a governabilidade foi ainda menor quando o ator possuía baixa capacidade de governo, sofrendo influências pela fragilidade no projeto de governo que expressava “conservação” ou legitimação¹⁴. Numa outra perspectiva, em situações onde o propósito de governo visou crescimento, exigiu-se do ator maior capacidade de governo, onde a governabilidade esteve reduzida, como no município A.

A abordagem das categorias de análise estiveram permeadas pelo estudo do poder, apesar de não se ter utilizado a tipologia proposta por Testa¹⁴. Os achados apontam que houve articulação relativa entre as variáveis do triângulo de governo e do postulado de coerência nos dois municípios estudados. O propósito/projeto de governo e a capacidade de governo parecem ter sido as categorias mais relevantes que explicariam as principais diferenças no momento da implementação da política nacional no nível local. Nesse sentido, esse estudo evidenciou que para êxito na implementação de políticas setoriais como a saúde bucal, o propósito/projeto, a capacidade de governo e a governabilidade dessa área específica são elementos a serem considerados.

5 REFERÊNCIAS

1. Machado C V, Baptista TWF, Nogueira CO. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(3): 521-532.
2. Garcia DV. A construção da Política Nacional de Saúde Bucal: percorrendo os bastidores do processo de formulação. [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
3. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-97.
4. Soares CLM. A política nacional de saúde bucal no âmbito municipal [Dissertação de mestrado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia; 2007.
5. Pucca Jr GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2006; 11(1): 243-246.
6. Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
7. Webber AA. Política Nacional de Saúde Bucal: uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal em Cascavel e demais municípios integrantes da 10ª Regional de Saúde no Estado do Paraná [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.
8. Pucca Jr GA, Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM. Oral Health Policies in Brazil. *Brazilian Oral Research* 2009; 23: 9-16.
9. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(2): 259-67.
10. Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT . Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev. Saúde Pública* 2010; 44(6): 1005-1013.
11. Pinto ICM. Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o caso das organizações sociais da saúde na Bahia [Tese de Doutorado]. Salvador: Faculdade de administração. Universidade federal da Bahia; 2004.
12. Vilasboas ALQ. Prática de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal [Tese de Doutorado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia; 2006.
13. Matus C. Política, planejamento e governo. 2ª Ed. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1996.

14. Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 2010.
16. Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009.
17. Testa M. Pensamento Estratégico e lógica de programação: o caso da Saúde. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1995.
18. Soares CLM, Paim JS. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador. Cad. Saúde Pública 2011; 27(5) : 966-974.
19. Vieira-Da-Silva LM, Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ Salvador:EDUFBA; 2005.
20. Sampaio J, Carvalho EMF, PGFC, Mello FMB. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. Ciênc. saúde coletiva 2011 ; 16(1): 279-290.
21. Cecilio LCO, Andreazza R, Souza ALM, Lacaz FAC, Pinto NRS, Spedo SM, Sato WNS, Marcadante CEB, Veja C, Bestetti LMA, Lima MR O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. 2007; 1(2): 200-207.
22. Coelho TCB, Paim JS. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública 2005; 21(5).
23. Chaves SCL, Vieira-Da-Silva LM. Oral health care and health decentralization in Brazil: two case studies in Bahia State. Cad. Saúde Pública 2007; 23(5): 1119-1131.

ARTIGO 2

**PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NA IMPLEMENTAÇÃO DA
ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE BUCAL NO NÍVEL LOCAL.**

RESUMO

Problemática: Estudos no Brasil que analisaram a reorganização da atenção à saúde bucal apontam que o processo de reestruturação da saúde bucal ainda está inconcluso, principalmente quanto às práticas assistenciais.

Objetivo: O presente estudo buscou analisar o processo de trabalho em saúde na implementação da atenção especializada em saúde bucal em dois municípios da Bahia e a sua interface com a atenção básica.

Metodologia: Esse estudo, de natureza qualitativa, foi realizado em dois municípios de médio porte, com 100% de cobertura estimada de ESF. Foram realizadas 24 entrevistas semi-estruturadas com gestores, profissionais da assistência e funcionários do CEO. Ademais, realizou-se análise documental e observação participante. Os dados foram analisados segundo referencial teórico do processo de trabalho em saúde.

Resultados: A análise do processo de trabalho em ambos os municípios demonstrou fragilidade na relação entre agentes e gestores. Os objetos de trabalho se mantiveram como atendimento a doentes. No município A, o agente coordenador da SB operava saberes além da clínica, o que ampliou seus meios de trabalho e finalidades. A percepção mais abrangente do objeto e a finalidade do serviço em coerência com o proposto nas diretrizes da PNSB estiveram relacionadas ao serviço exitoso enquanto produto.

Conclusão: Ambos os municípios apresentaram fragilidades na interface atenção básica e secundária. As ações ofertadas pelo CEO devem estar articuladas com a atenção básica, além disso, sua implementação somente poderá garantir o direito constitucional da integralidade com o atendimento adequado de todos os casos referenciados, bem como a redução de barreiras aos serviços de saúde bucal para atendimento em tempo oportuno e acompanhamento na AB.

Palavras-chave: avaliação de serviços de saúde, política de saúde, serviços saúde bucal.

ABSTRACT

Problem: The Oral Health National Policy, appointed as one of four federal government's priority in recent years, aims to expand and qualify oral health care at all levels. However, studies in Brazil who analyzed the reorganization of oral health care concluded that the restructuring process is still unfinished, especially regarding care practices.

Objective: This study aimed to analyze the process of health work in the implementation of Dental Specialty Centers (CEOs) in two municipalities of Bahia and its interface with primary care.

Methodology: This study, qualitative in nature, was conducted in two medium-sized cities, with 100% coverage estimated at “Programa de Saúde da Família” - PSF (Family Health Program). Were conducted 24 semi-structured interviews with managers, professionals and support staff of the CEO. Moreover, there was documentary analysis and participant observation. The data were analyzed according to the theoretical contribution of work process in health.

Results: The work process for Dental Specialty Centers showed weaknesses in the relationship agents-managers in both municipalities. The objects of work remained to care for patients. In the municipality A, the coordinating agent of SB operated beyond clinical knowledge, which has expanded its ways of working and goals. The broader perception of the object and purpose of the service in line with the guidelines proposed in the PNSB were related to the service as a product successful.

Conclusion: Both municipalities had weaknesses in secondary care interface. The shares offered by the CEO must be coordinated with primary care, in addition, its implementation can only guarantee the integrality, the constitutional right, with adequate care of all referred cases and the reduction of barriers to oral health services for care in timely and monitoring within the PC

Key-words: health services evaluation, health policy, dental health services.

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Bucal – PNSB, apontada enquanto uma das quatro prioridades do governo federal nos últimos anos, tem buscado expandir e qualificar a atenção em saúde bucal - SB em todos os níveis^{1, 2}.

Além da grande expansão das equipes de saúde bucal vinculadas à ESF, os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO foram implementados em todo o país, a partir de 2004, como primeira iniciativa conduzida pelo nível central para oferta de tratamento odontológico especializado à população³.

Estudo que analisou a expansão e distribuição dos CEOs em território nacional concluiu que mesmo levando em consideração as características geográficas e populacionais, a PNSB representa um avanço real na reorganização da prática odontológica no Brasil⁴.

Outros estudos no Brasil têm analisado a reorganização da atenção à SB, através de diferentes metodologias. Maia e Kornis⁵ (2010), estudando dados sobre os serviços e ações de SB nos noventa e dois municípios do Rio de Janeiro no período de 1998 a 2007, e Martelli et al.⁶ (2008), analisando nove municípios de Pernambuco através de pesquisa qualitativa, concluíram que o processo de reestruturação da saúde bucal ainda está inconcluso, principalmente quanto às práticas assistenciais.

No que se refere aos princípios do SUS, os Centros de Especialidades Odontológicas têm mais chance de cumprimento da integralidade em municípios com maior a cobertura da atenção primária, além disso lacunas na atenção básica e na sua interface com a atenção secundária tem sido apontadas⁷. Outro trabalho também apontou diversas lacunas que representaram entraves ao processo de trabalho nos Centros de Especialidades Odontológicas⁸.

Estudos no Reino Unido, país com sistema nacional de saúde consolidado, têm defendido um modelo do que seria uma interface ideal entre a atenção básica - AB e secundária - AS. Essa interface perpassaria a equidade, integralidade, eficiência e efetividade do serviço ainda que com conceitos distintos dos autores clássicos do campo da avaliação^{9,10}. A interface ideal contempla o acesso à atenção secundária de todos os casos referenciados sem barreiras; sistema de referenciamento para a AS dos procedimentos não pertinentes à AB; referências apropriadas, em tempo hábil e contra-referência à AB. É recomendado que os pacientes

remitidos a tratamentos especializados longos devem manter seus cuidados de rotina com os profissionais da AB^{11,12}, como também defendido por Starfield¹³ (2001).

Tendo em vista a ausência de estudos que analisem como tem se dado a implementação do CEO e a organização do serviço no âmbito municipal, o presente estudo buscou analisar o processo de trabalho em saúde na implementação da atenção secundária em saúde bucal em nível local em dois municípios da região nordeste do Brasil, em 2011.

2 METODOLOGIA

Esse estudo adotou enquanto referenciais teóricos o ciclo da política pública (*Policy Cycle*) e o Processo de Trabalho em Saúde^{14, 15, 16}

A teoria do ciclo das políticas públicas busca explicar a interação entre intenções e ações, ao tempo em que visa desvendar a relação entre o ambiente social, político e econômico de um lado e o governo de outro¹⁷. Nesse estudo, adotou-se a perspectiva de Pinto¹⁷ (2004) que entende o ciclo político nas seguintes etapas: determinação da agenda; formulação e legitimação da política; implementação e avaliação.

A presente investigação situou-se na análise da implementação do ciclo da política pública no âmbito municipal. A organização das práticas foi estudada através da teoria do processo de trabalho^{14, 15, 16}, uma aplicação da teoria marxista do trabalho ao campo da saúde¹⁸.

No estudo do processo de trabalho em saúde, são analisados os seguintes componentes: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade, o produto e os agentes. Destaca-se ainda, que esses elementos precisam ser examinados de forma articulada, pois somente sua relação recíproca configura um processo de trabalho específico.

O objeto, em sua relação com o processo de trabalho não se delimita por si mesmo, é delimitado por um olhar que contém um projeto. O objeto será o alvo da transformação, representado na saúde pelo que Mendes-Gonçalves¹⁵ chama de carecimentos, entendido como necessidades de saúde. A apreensão do objeto consiste em identificar as características que permitem a visualização do produto final, antevisto nas finalidades do trabalho¹⁵. Outro

aspecto importante a ressaltar é a noção de finalidade e do sentido teleológico do processo de trabalho humano. A finalidade é chamada de tensão da vontade.

Para apreender o objeto de trabalho, o agente opera saberes. O instrumento de trabalho serve para intermediar a ação humana sobre os objetos conforme o processo social e histórico que inclui a reprodução social. Os instrumentos de trabalho representam a forma pela qual a energia se incorpora no processo de trabalho e devem ter capacidade de sintetizar as qualidades do objeto e o projeto de mudança numa ação transformadora. Desta forma, o meio de trabalho é o complexo de coisas que o trabalhador insere entre si e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto¹⁶.

Há diferenciação de instrumentos materiais e não-materiais. Os primeiros são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações e outros. Os segundos são os saberes, que articulam em determinados arranjos os sujeitos (agentes do processo de trabalho) e os instrumentos materiais. Estes se constituem nas ferramentas principais do trabalho de natureza intelectual. O autor salienta que esses saberes são também os que permitem a apreensão do objeto de trabalho¹⁸.

O caráter de movimento e historicidade das práticas de saúde é destacado, fazendo alusão a um “retrato estático da realidade deveras dinâmica”, que só tem sentido se servir de aproximação à prática, vinculada e desenvolvida ao homem prático¹⁶.

O agente do trabalho pode ser interpretado, ele próprio, como instrumento do trabalho e, imediatamente sujeito da ação, na medida em que traz, para dentro do processo de trabalho, além do projeto prévio e sua finalidade, outros projetos de caráter coletivo e pessoal¹⁸.

Nesta pesquisa foram considerados os agentes do trabalho os cirurgiões dentistas, ASBs e funcionárias do CEO. Os gestores relacionados à saúde bucal especializada (prefeito (a), secretário municipal de saúde e a coordenação de saúde bucal/ CEO) também foram objeto de análise, tendo em vista sua relação com os agentes do trabalho e sua influência no processo de trabalho.

Quadro 1: Matriz de análise das categorias que compõem o processo de trabalho nos CEOs em dois municípios da Bahia, 2011.

Categoria Operacional	Questões norteadoras	Fontes de Verificação
Agentes do Trabalho	<p>Como se organiza o trabalho dos agentes?</p> <p>Quais as atribuições e responsabilidades de cada um desses agentes?</p> <p>Que problemas encontram para organizar o trabalho?</p> <p>Como se dá a relação entre os profissionais da atenção básica com aqueles da atenção secundária?</p>	<p>Observação direta acompanhando e registrando movimentos, discursos e ações dos agentes, bem como suas relações.</p> <p>Entrevistas com gestores, Cirurgiões-Dentistas (CD), Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e funcionários administrativos dos CEOs.</p>
Objeto	<p>Quais são as necessidades de tratamento dos usuários que freqüentam o serviço?</p> <p>Como era o tratamento para essas pessoas antes da implementação do CEO?</p>	<p>Entrevistas com gestores, Cirurgiões-Dentistas (CD), Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e funcionários administrativos dos CEOs.</p> <p>Análise documental de relatórios de gestão anuais (RAG), documentos da coordenação dos CEOs, Planos Municipais de Saúde (PMS).</p>
Finalidades	<p>Qual é a sua percepção quanto ao que preconiza a PNSB quanto ao CEO?</p> <p>Qual é a imagem objetivo do CEO?</p> <p>O que seria um CEO ideal?</p> <p>Quais são os motivos para a implementação do CEO?</p>	<p>Entrevistas com gestores, Cirurgiões-Dentistas (CD), Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e funcionários administrativos dos CEOs.</p>
Instrumentos	<p>Os equipamentos, materiais de consumo, Equipamentos de Proteção Individual – EPI são adequados?</p> <p>Qual a formação dos gestores/CDs/ASBs/ funcionários do serviço e sua forma de contratação?</p> <p>Observação dos saberes que fundamentam as práticas dos agentes.</p>	<p>Observação direta acompanhando e registrando movimentos, discursos e ações dos agentes, bem como suas relações.</p> <p>Entrevistas com gestores, Cirurgiões-Dentistas (CD), Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e funcionários administrativos dos CEOs.</p>
Produto	<p>Qual a rotina de funcionamento do serviço?</p> <p>Quais as especialidades que o CEO atende?</p> <p>Como é lançada a produtividade?</p> <p>Existência de protocolos assistenciais e cumprimento das metas de produção.</p> <p>De que forma o CEO contribui para a saúde das pessoas?</p> <p>Relação entre o percebido em nível local com o estabelecido na PNSB.</p>	<p>Observação direta acompanhando e registrando movimentos, discursos e ações dos agentes, bem como suas relações.</p> <p>Entrevistas com gestores, Cirurgiões-Dentistas (CD), Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e funcionários administrativos dos CEOs.</p>

3 RESULTADOS

A atenção secundária em saúde bucal foi implementada no ano de 2006 em ambos os municípios estudados.

Município A: Aspectos críticos de uma implementação exitosa

Controle do Processo de Trabalho

Todo trabalho desempenhado coletivamente por divisão de funções implica um posto de trabalho que cuide para que o conjunto se mova organizadamente em direção ao produto. A esse posto cabe o controle do processo de trabalho, no município A, uma atribuição da coordenação de SB/ CEO.

Essa coordenação era constituída apenas por um profissional com graduação em odontologia e especialização em saúde coletiva. Essa coordenadora conjugava ações de controle, supervisão, administrativas, de planejamento, monitoramento e avaliação. A gestora relatou sobrecarga de trabalho por desempenhar sozinha atividades de diversas naturezas, inclusive conferência de licitação em saúde bucal e manutenção de equipamentos. Os profissionais do CEO reuniam-se com a coordenação apenas quando havia alguma demanda específica. Na análise das atividades desempenhadas pela coordenação do CEO observou-se que atividades de administração eram mais dominantes que as epidemiológicas. O último levantamento epidemiológico havia sido realizado há 11 anos.

Todos os profissionais da SB, de nível superior ou médio, tinham vínculo de trabalho precário e queixaram-se de não ter direitos trabalhistas.

Objeto do Trabalho

A percepção do objeto de trabalho do CEO enquanto necessidades de saúde bucal esteve presente na narrativa da coordenadora. Entre os odontólogos especialistas, o objeto situava-se no tratamento dos dentes ou da boca, de acordo com a área de sua atuação. Ressalta-se que dois dos profissionais ressaltaram a educação em saúde bucal. Observou-se divergência sobre

a percepção dos carecimentos em SB que demandam serviços de média complexidade (Quadro 2).

Quadro 2: Percepção dos agentes quanto à necessidade de saúde mais frequente dos usuários dos CEOs, município A.

AGENTE	NECESSIDADES MAIS FREQUENTES RELATADAS
CD Ortodontista responsável pela Periodontia	Orientação de higiene bucal
CD Endodontista	Extração dental
CD responsável pela Cirurgia	Extração de terceiro molares e múltiplas
CD Atenção Básica	Prótese
ASB I	Endodontia
ASB II	Cirurgia e Pacientes Especiais
ASB III	Endodontia
Funcionária Serviços Gerais	Periodontia

Antes da implementação do CEO, já havia oferta de serviço especializado em SB, a partir de 2002. Entretanto, muitos casos eram encaminhados para outros municípios, a exemplo de cirurgias de terceiro molar, além dos usuários que não tinham acesso a serviços de saúde bucal, como os pacientes especiais.

As ASBs e dentistas destacaram que a perda dental em período anterior à implementação do serviço era superior quando comparado ao período do estudo.

Finalidade

A prefeita expressou que uma meta e objetivos do seu governo eram melhorar a qualidade do serviço prestado, enfatizando seu slogan de campanha “cuidando de pessoas da cidade”. A indução federal foi decisiva para a implementação da política.

A gestora municipal afirmou ainda que esse serviço era considerado prioritário. “Desde a implantação, a nossa contrapartida só tem sido crescente, é um serviço que não é barato”.

A coordenadora SB/CEO apontou como finalidade do processo de trabalho do CEO o acolhimento e resolutividade da atenção. A maioria dos cirurgiões dentistas desconhecia a PNSB vigente, apenas um deles havia lido o documento. Esse CD tratou da finalidade do CEO:

[...] um divisor de águas, não ter aqueles pacientes mutilados, antigamente sem os CEOs os pacientes acabavam tendo que extrair os dentes.

Meios de Trabalho

Tratar-se-á inicialmente neste tópico dos meios de trabalho imateriais e logo em seguida daqueles materiais. Os gestores responsáveis pela implementação e manutenção do CEO possuíam nível de escolaridade referente à pós-graduação, bem como os CDs que atuavam no serviço eram especialistas ou possuíam atualização na especialidade sob sua responsabilidade.

A análise dos meios de trabalho imateriais utilizados pela coordenação de SB/CEO revelou habilidade no trato com pessoas, habilidade para ouvir e fundamentalmente respeito à figura do coordenador pelos outros agentes entrevistados. Puderam-se perceber meios de trabalho que caracterizam a coordenadora como sanitarista e administradora. O saber planejador, termo aqui utilizado para expressar o antagonismo ao improvisado seja como cálculo estratégico ou aproximando-se da sistematicidade e formalidade, era traduzido em instrumentos materiais de trabalho.

Ainda analisando os saberes imateriais, as ações educativas restringiam-se ao nível individual, no consultório através de aconselhamentos e/ou da realização de procedimentos de higiene bucal supervisionada.

A maioria dos CDs entrevistados no CEO informou que os instrumentais e equipamentos eram satisfatórios. A maioria informou que a coordenadora era uma pessoa muito “atenta”. Entretanto, o CD responsável pela periodontia afirmou que a ausência de curetas de boa qualidade comprometia a qualidade do seu trabalho.

Produto

O município A possuía um CEO tipo I, com três consultórios odontológicos. As especialidades ofertadas eram periodontia, cirurgia com diagnóstico de câncer, pacientes

especiais e endodontia. Todos os profissionais afirmaram alcance de metas exigidas em portaria. A produtividade era monitorada e avaliada mensalmente pela coordenação SB/CEO.

O serviço funcionava 10 turnos por semana, de segunda a sexta. Em dois turnos, um dos consultórios odontológicos era utilizado para atendimento de Atenção Básica a pacientes de uma zona rural distante. Para isso, um CD da AB os atendia.

Esteve presente na narrativa dos entrevistados a existência de protocolos municipais assistenciais, tendo como base a normatização do MS. Entretanto, eram atendidos casos de urgência no CEO do município A, apesar de documento oficial do MS preconizar que as urgências devem ser atendidas na AB¹⁹.

O Ministério diz que o CEO não foi feito para atender urgência. Mas quem é que vai deixar um paciente chegar numa unidade de saúde com dor? O paciente está com dor mesmo de verdade, você vai dizer o que a ele? - Não posso porque o Ministério disse que não é para atender urgência? Não tem lógica não, gente! Atende sim, porque o paciente com dor, ele não vai ficar com dor. Coordenador SB/CEO.

Os profissionais referiram atender até 4 pacientes com urgências/turno/profissional. Depois que prestavam o atendimento, encaminhavam para a própria endodontista do CEO. Assim, havia substituição do faltoso informal diariamente a partir da demanda livre das urgências odontológicas.

Devido à ausência de oferta de prótese dentária, chamou atenção o caso da endodontia de dentes molares. Foi relatado que quando da inauguração do serviço, realizava-se tratamento de canal de dentes uni, bi e tri radiculares. Entretanto, pela constatação de que a maioria dos usuários com necessidade de endodontia de molares chegava ao serviço apresentando também necessidade de prótese para a mesma unidade dentária, especialidade não ofertada, criou-se um protocolo para atendimentos dos usuários com necessidade de endodontias o que representava barreiras ao atendimento.

O argumento principal consistia na impossibilidade dos usuários custearem sua prótese na iniciativa privada e o conseqüente retorno ao serviço com dentes fraturados, e necessidade de extração.

Mesmo considerando o fato exposto, o CDs e ASBs consideraram que o serviço ampliou as oportunidades para tratamento dentário.

Interface com a atenção básica

Constataram-se três aspectos da interface entre a atenção secundária e a atenção básica. O primeiro aspecto refere-se a um curso de capacitação realizado por um cirurgião bucomaxilofacial aos CDs do primeiro nível de atenção. O curso baseou-se em levar técnicas de extrações simples aos profissionais da AB, tendo decorrido da percepção do referenciamento de diversos casos nos quais a porta de entrada do serviço deveria ser resolutive.

O segundo aspecto da interface foi através da ficha de referência e relatórios encaminhados pelos CDs da AB àqueles do CEO. O terceiro referiu-se ao cumprimento do protocolo assistencial da restauração dos dentes tratados endodonticamente no CEO nas unidades de saúde da família através da contra-referência.

Entretanto, também foram constatadas lacunas. Não havia reuniões que compatibilizassem os profissionais dos dois níveis da atenção a fim da discussão de casos. Foi relatado por um CD *“a relação não tem, a gente não se encontra muito. Então é mais por escrito. Encaminha de lá, chega aqui já está o relatório, eu leio [...] Mas não tem um contato não, é sem contato.”* A narrativa também contemplou a ausência de um espaço institucional para essa relação.

O CD responsável por cirurgia ressaltou que a coordenadora exercia o papel de “porta-voz” dos profissionais do CEO na reunião com os profissionais da saúde bucal na AB. Na perspectiva técnica, foi citado pelos profissionais do CEO que diversos pacientes são referenciados sem cumprir as etapas de eliminação da dor e controle da infecção bucal preconizadas em protocolo municipal e documentos oficiais/ publicações do Ministério da Saúde, apesar do CD da atenção básica ter afirmado que cumpria o protocolo.

Uma ACD relatou fato de paciente encaminhado sem ficha de referência e dúvida profissional sobre o caso, nessa ocasião o CD do CEO entrava em contato com a Unidade de Saúde da Família - USF a fim de obter mais informações.

Município B: A gestão municipal da saúde bucal como determinante para o insucesso do serviço.

Controle do Processo de Trabalho

No município B, o controle do processo de trabalho era exercido pela ASB/recepcionista do serviço. O coordenador de SB/CEO, proprietário de clínica odontológica privada no mesmo município, especialista em prótese, afirmou que a administração do CEO era “muito básica” por não haver fluxo de recursos financeiros ou desembolso direto por parte dos usuários.

A funcionária relatou as diversas funções de controle sobre a estrutura e processos básicos para funcionamento da unidade de saúde. Queixou-se apenas de seu salário ser incompatível com a função que executava.

Por outro lado, os cirurgiões dentistas manifestaram despreço pelo coordenador. Deixaram transparecer que se sentiam abandonados pela administração.

Sinceramente, eu, para dizer a você, nem contato com meus superiores, meus chefes eu tenho. “Porque eles não procuram, não vêm, a gente também não tem o contato lá”. CD responsável por cirurgia.

Subordinados à sua coordenação estavam CDs, ASBs e funcionários do CEO. Ao tratar da sua relação com os outros CDs no controle do processo de trabalho, o coordenador referiu ser essa sua maior facilidade, por contar com a colaboração dos colegas.

O gestor referiu efetuar planejamento das ações no período de elaboração do RAG. Quanto a monitorar e avaliar as ações e produtividade, o coordenador negou, apesar do secretário de saúde ter afirmado que estas ações aconteciam “religiosamente”,

Segundo os entrevistados, nunca ocorreram reuniões periódicas com a coordenação atual. Na percepção do coordenador, devido à condução da gestão municipal, os profissionais de SB se vêm pouco valorizados dentro do sistema. No CEO a maioria dos dentistas é concursada há muitos anos. Apenas uma CD é contratada, responsável pela especialidade de pacientes especiais.

Objeto do Trabalho

No período anterior à existência do CEO havia oferta de atenção especializada em saúde bucal no município. O serviço, chamado de Clínica Especializada, ofertava endodontia de dentes incisivos, caninos e pré-molares. Com a implementação do CEO, a endodontia dos molares passou a ser realizada.

A percepção acerca das necessidades de saúde bucal mais frequentes entre os usuários apresentou poucas variações. O objeto também se manteve situado nos dentes e na boca, entretanto também foi apontada a educação em saúde bucal. A necessidade do periodontista foi referida pela maioria dos profissionais.

Quadro 3: Percepção dos agentes quanto à necessidade de saúde mais frequente dos usuários dos CEOs, município B.

AGENTE	NECESSIDADES MAIS FREQUENTES RELATADAS
CD Endodontista	Prótese
CD I responsável pela dentística	Periodontia e estomatologia
CD II responsável pela dentística	Endodontia e restaurações de resina
CD responsável pela Cirurgia	Periodontia e Endodontia
ASB I	Endodontia, cirurgia e periodontia
ASB II	Periodontia
ASB III	Periodontia e dentística
Funcionária Serviços Gerais	Periodontia

A explicação apresentou origens na gestão do serviço. Após derrota em disputa territorial com município vizinho, a gestão anunciou corte de gastos na saúde. Os odontólogos afirmaram que o CEO foi o serviço que sofreu mais cortes. Assim, os profissionais contratados para compor especialidades não exercidas pelos concursados foram progressivamente demitidos, dentre estes o periodontista, e destituiu-se o laboratório de prótese. Após esse fato, houve diversas ameaças de fechar o serviço. Muitos dentistas e ASBs emocionaram-se ao tratar desse assunto referindo que o serviço só se mantém funcionando pela “vontade” e articulação interna. O coordenador do serviço não vislumbrou perspectivas de melhoras, pois não há, segundo o entrevistado, “vontade política”.

Pela ausência do profissional periodontista, a demanda de usuários com essa necessidade ficou a cargo dos profissionais da atenção básica. Entretanto há diversos procedimentos que não se enquadram na natureza de cumprimento das ações da porta de entrada preferencial do sistema e esses usuários retornam ao CEO.

Apesar de a Prótese dentária ter sido apontada enquanto necessidade freqüente dos usuários, os gestores entrevistados, secretário de saúde e coordenador AB/CEO, não deram perspectivas de reativação do laboratório de prótese e contratação do CD protesista.

Finalidade

O Secretário de saúde do município B afirmou que há certo tempo atrás o objeto da saúde bucal “não era nem tocado”. Ponderou ser necessária uma consciência do gestor federal sobre as diferentes realidades vivenciadas nos municípios. Quanto às finalidades do CEO esse gestor não demonstrou ter clareza do serviço nem da política nacional.

Para o coordenador de SB o objetivo atual para o serviço, na perspectiva da prefeita era seu fechamento. Ressaltou também que a comunidade, conselho municipal de saúde, vereadores não se manifestavam quanto aos cortes e resultados no próprio serviço.

Devido à situação política de secundarização e cortes no CEO, a opinião dos profissionais quanto à finalidade do CEO sempre fazia referência à situação citada.

Um CD responsável pela especialidade dentística compreendia a finalidade do CEO como contribuição para a qualidade de vida da população. A outra dentista responsável pela mesma especialidade entendia o objetivo do CEO enquanto uma extensão da atenção básica.

Outras dentistas e ASBs enfatizaram a importância do serviço especializado na redução da perda dental e sua atuação em procedimentos nunca antes ofertados no serviço público.

Instrumentos de Trabalho

No município B, as atividades do coordenador de SB/CEO restringiam-se ao controle da manutenção de equipamentos e consultórios odontológicos, assim os meios utilizados para o trabalho estavam mais relacionados a contatos com empresa de manutenção e compra de material.

Os saberes epidemiológico e planejador não estiveram permeando as ações executadas pela referida coordenação. O coordenador e dentistas do CEO, além da graduação em odontologia possuíam especialização e/ou atualização em especialidades distintas. O coordenador não era sanitarista, tinha especialização em prótese dental. As atividades educativas restringiam-se ao ambiente do consultório, quando eram realizadas.

Tratando dos instrumentos materiais, nas especialidades dentística e cirurgia as CDs referiram que o suprimento de material de consumo era satisfatório. No período do estudo a autoclave estava quebrada e as ASBs esterilizavam o instrumental no hospital. Entretanto, o endodontista informou que não havia proteção de chumbo para o paciente nem para o profissional. Além disso, o endodontista efetua diversos tratamentos por dia. Esse CD também relatou a deficiência quanto aos instrumentais

Ultimamente tem quebrado até lima no dente do paciente, porque as limas já têm certo tempo de uso. [...] a reposição aqui é demorada. É complicado. Lençol de borracha costuma faltar com frequência – como eu lhe falei – tem que cortar luva para fazer. Cimento falta. É complicado [Risos]. Você tem que dar murro em ponta de faca. Endodontista.

A ausência de condições apropriadas foi apontada enquanto maior problema para a realização do trabalho. As ASBs também referiram ser um obstáculo à realização do trabalho a falta de material ou mesmo falta de manutenção dos equipamentos.

Produto

No CEO do município B, tipo II, percebeu-se uma estrutura física externa deteriorada, internamente havia poucas cadeiras e longarinas para que os pacientes aguardassem atendimento. Segundo os entrevistados, há alguns anos esse serviço não cumpria metas assistenciais estabelecidas em portarias ministeriais. Contudo, para os gestores entrevistados a estrutura física estava satisfatória.

O CEO funcionava dez turnos com prestação de serviço nas seguintes especialidades: dentística, cirurgia, endodontia e pacientes especiais. Os profissionais eram especialistas ou possuíam atualizações na área de sua responsabilidade. No período do estudo não houve oferta de prótese dentária e periodontia, bem como estomatologia, diagnóstico oral de lesões de mucosa com biópsia a depender do caso.

O agendamento de pacientes era contínuo e realizado no próprio serviço através de sua recepção, por meio da ficha de referência, entretanto muitos usuários chegavam ao CEO sem o referido instrumento, inclusive urgências. Nesse sentido, existiam marcações realizadas para até sessenta dias contados da data do agendamento, o que ocasionava muitas ausências às consultas.

O coordenador afirmou que não eram muitos casos de urgência que chegavam ao CEO, *“principalmente pelo tamanho da população e pela situação de saúde bucal no município”*. Entretanto, os CDs afirmaram o contrário. *As urgências têm chovido aqui, o que atrapalha muito o atendimento. CD II responsável pela dentística.*

O usuário não era encaminhado à USF após o tratamento de urgência, continuava seu tratamento no CEO.

Como a prótese dentária não era ofertada no CEO, os profissionais da atenção básica faziam acordos verbais com os usuários sobre custeio da prótese na iniciativa privada quando havia necessidade de encaminhá-los para o tratamento endodôntico.

Ademais, apesar de restaurações em resina serem procedimentos que se enquadram na atenção básica, exceto procedimentos estéticos com este material, as CDs responsáveis pela especialidade afirmaram que devido à ausência de aparelhos fotopolimerizadores, todas as restaurações em resina eram efetuadas no CEO. Desta forma, grande parte da produção do CEO, no município B, compunha-se de procedimentos de atenção básica.

Interface com a atenção básica

Hoje nós temos aqui no município uma logística muito importante de locomoção entre as unidades do PSF e o CEO. Então isso é um facilitador. Mas por outro lado nós não estamos emperrados na estrutura não física, mas de profissionais, a questão de finanças. O CEO está bem localizado, ele tem um layout muito bom, há uma integração entre a equipe do PSF e a equipe do CEO, mas nos faltam recursos para manter profissionais necessários na unidade. Secretário de saúde.

Essa narrativa do Secretário de Saúde demonstra a fragilidade da interface atenção básica e secundária devido à ausência de profissionais e conseqüentemente oferta de especialidades. Entretanto, quando questionado sobre o funcionamento e integração dos dois níveis de atenção em saúde bucal o mesmo referiu:

Em plenitude. O próprio coordenador o CEO é também coordenador do PSF. Além de mantermos reuniões periódicas para fazer esse entendimento. Diariamente os contatos são mantidos. Hoje também nós conseguimos implantar um sistema de serviço telefônico direto entre as unidades e a secretaria e o próprio CEO, então isso é um facilitador. É possível um profissional conversar com outro pelo telefone, antes do paciente chegar, para informar o que está acontecendo, para facilitar [...] Essa logística existe e está funcionando de verdade. Secretário de Saúde.

Diferente do afirmado pelo gestor, os dentistas que atuavam no CEO referiram não existir relação com os profissionais da atenção básica, nem reuniões. Uma delas afirmou que, a exceção acontecia quando a mesma encontrava algum dos colegas da AB no transporte coletivo e pela oportunidade comentavam algum caso. O único meio de comunicação vigente era a ficha de referência.

A gente nem se conhece! Só por carimbo! [Risos] Nunca teve reunião! Seria uma coisa interessante para gente poder conversar. Até para gente colocar essas questões. A gente colocar as nossas, eles as deles. Só que não existe isso.

O coordenador nunca procurou a gente, a gente não procura o coordenador, o pessoal do PSF a gente nem conhece, nem sabe! Tantos casos que vêm para cá, casos simples e acabam enchendo isso aqui. Coisa que não se resolve lá, vem para cá, acaba superlotando o CEO. A gente já não tem uma qualidade ideal, superlotando fica pior ainda. Endodontista.

Falhas de ordem técnica também foram relatadas, como casos que poderiam ter sido resolvidos no primeiro nível de atenção, encaminhamentos equivocados, procedimentos iniciados na atenção básica não concluídos e encaminhados ao CEO, como dentes fraturados no ato da extração.

4 DISCUSSÃO

A análise dos dados demonstrou fragilidades na relação entre agentes e gestores em ambos os municípios, especialmente no município B, interferindo negativamente no processo de trabalho em questão.

A percepção mais abrangente do objeto e finalidade do serviço em coerência com o proposto nas diretrizes da PNSB, principalmente pelos gestores estiveram relacionadas ao serviço exitoso enquanto produto.

O desempenho do controle do processo de trabalho por agente com saberes voltados para a saúde coletiva e administração pública esteve relacionado ao êxito no funcionamento do CEO A.

No município A, o agente coordenador da SB operava saberes além da clínica, o que ampliou seus meios de trabalho, finalidades. Os produtos têm um potencial de produzir mais saúde, ou maior integralidade com procedimentos mais adequados e oportunos. Contudo, o saber clínico foi preponderante em relação ao saber da saúde pública, o que dificultou uma ampliação dos meios, finalidades e produtos. Obviamente, no município B essa evidência é mais grave. Qualquer mudança de modelo assistencial necessita de meios satisfatórios e ampliação de finalidades via novos saberes (materiais e não materiais).

Entretanto, os objetos de trabalho se mantiveram como atendimento a doentes, cujos produtos se tornavam “endodontia”, “restauração”, nem mesmo cura dos pacientes. O objeto de trabalho do CEO representou a mudança de uma situação de “mutilação” pelo modelo assistencial anterior para “redução da perda dental”.

Os produtos se perdiam na medida em que as finalidades eram muito limitadas, especialmente pelo coordenador de SB/CEO no município B, reforçando o proposto de Mendes-Gonçalves que os meios de trabalhos expressam os saberes materiais e não materiais, que por sua vez, revela a finalidade como tensão da vontade de agentes concretos.

O processo de trabalho constatado no município B reforça o não cumprimento do princípio da integralidade. Há evidências de que o CEO nesse município desenvolvia ações típicas de AB, fato já salientado por outros autores^{7, 8, 20, 21}.

Os dois municípios criaram protocolos de encaminhamento para a especialidade de endodontia pela atenção básica produzindo uma barreira de acesso aos usuários com essa

necessidade na própria atenção básica devido à sua impossibilidade de custeio do tratamento na iniciativa privada, o que diverge do preconizado enquanto interface ideal com acesso de todos os casos sem barreiras desses níveis de atenção¹¹.

O encaminhamento pertinente¹¹ representou um aspecto crítico nos dois municípios nos quais se constatou a referência de casos inapropriados para a AS. Em muitos casos a AB não apresentou resolatividade, o que gerou inúmeros encaminhamentos impróprios distanciando-se de outro aspecto da interface ideal, o atendimento adequado¹¹. O acompanhamento do usuário pelo dentista generalista¹¹, o CD da atenção básica, quando em tratamento no CEO não foi constatado em nenhum dos municípios.

Estudo constatou fatos semelhantes analisando a interface do CEO com as USFs⁸. Os especialistas do referido estudo mencionaram a existência de diversos encaminhamentos desnecessários ao CEO, considerando também a existência de fatores limitantes às unidades da AB. Outro aspecto que corrobora com os achados do presente trabalho é que a maioria dos usuários não chegou ao CEO com o tratamento odontológico básico realizado, principalmente no município B.

Outro trabalho que analisou a interface entre o CEO e AB aponta no mesmo sentido²¹. Foram evidenciados aspectos que distanciam os serviços da integralidade como baixa resolução de problemas na rede básica, oferta insuficiente de algumas especialidades o que compromete o sistema de referência e contra-referência, sistema desintegrado e desarticulado entre níveis de atenção e desrespeito ao protocolo municipal ou sua não existência.

Estudo de revisão sistemática sobre a interface atenção básica e secundária apontou que intervenções profissionais como cursos de formação trazem mudanças no comportamento clínico²². Essa estratégia, segundo o estudo, teria influência na qualidade do encaminhamento sem afetar necessariamente sua taxa, ou seja, a quantidade de pessoas encaminhadas ao outro nível de atenção²². Entretanto, inovações organizacionais planejadas influenciariam efetivamente a taxa de encaminhamento, suprimindo os encaminhamentos.

Outro estudo de revisão sistemática abordou enquanto causa das ausências às consultas seu esquecimento, erro rotineiro do paciente e confusão sobre a data, dentre outras razões²³. Nesse caso, os próprios autores apontam estratégias para contornar o problema como ligações manuais ou automáticas, envio de cartas ou combinação de ambos²³.

Quanto à precarização do vínculo de trabalho, o estudo apontou que mais da metade dos cirurgiões dentistas alocados em CEOs da região metropolitana da capital do estado de

Pernambuco possuíam vínculos temporários e a sua intensificação representava um fato no cotidiano dos entrevistados²⁴. Essa característica também foi identificada no presente artigo.

Esse trabalho foi de natureza qualitativa e apresenta enquanto limitações a ausência de incorporação da visão dos usuários sobre a implementação e processo de trabalho dos Centros de Especialidades Odontológicas. Outra limitação refere-se ao fato do recorte estar centrado no serviço de atenção especializada, sendo necessários estudos futuros, que ao analisar a interface desses dois níveis de atenção, investiguem profundamente a atenção básica em saúde bucal nas lacunas aqui apontadas, como a acessibilidade, acompanhamentos dos casos e resolutividade.

Por fim, o presente estudo apontou que as ações ofertadas pelo CEO devem estar articuladas com a atenção básica. Além disso, a sua implementação somente poderá garantir o direito constitucional da integralidade com o atendimento adequado de todos os casos referenciados, bem como a redução de barreiras aos serviços de saúde bucal para atendimento em tempo oportuno e acompanhamento na AB, o que não ocorreu de forma satisfatória.

5 REFERÊNCIAS

1. Machado C V, Baptista TWF, Nogueira CO. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(3): 521-532.
2. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-97.
3. Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Saliba NA, Moimaz SAS, Fadel CB; Bino LS. Saúde bucal no Brasil: uma nova política de enfrentamento para a realidade nacional. *Rev Odontol Bras Central* 2010;18(48):62-66.
5. Maia LS; Kornis GEM. A reorganização da atenção à saúde bucal frente aos incentivos federais: a experiência fluminense. *Experience Rev.* 2010; 13(1): 84-95.
6. Martelli PJJ. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. *Ciênc. saúde coletiva.* 2008; 13(5): 1669-1674.
7. Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT . Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev. Saúde Pública.* 2010; 44(6): 1005-1013.
8. Souza GCA. Centros de Especialidades Odontológicas: avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da Grande Natal [Dissertação de Mestrado]. Natal: Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2009.
9. Vieira-Da-Silva LM, Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ Salvador:EDUFBA; 2005.
10. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad. Saúde Públ.* v.20 supl. 2, p.331–6, Jan. 2004.
11. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the the interface? *Br Dent J.* 2001. 191: 666-70.
12. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: the nature of the interface. *Br Dent J.* 2001. 191(12): 660-664.
13. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
14. Mendes Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC - ABRASCO; 1994.

15. Mendes Gonçalves RB. Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para reflexão teórica. Brasília: OPS; 1998.
16. Mendes Gonçalves RB. Práticas de saúde: Processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Cadernos CEFOR; 1992.
17. Pinto ICM. Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o caso das organizações sociais da saúde na Bahia [Tese de Doutorado]. Salvador: Faculdade de administração. Universidade federal da Bahia; 2004.
18. Peduzzi M, Schraiber LB. Processo de trabalho em saúde: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009.
19. Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 17. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
20. Soares CLM, Paim JS. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador. Cad. Saúde Pública 2011; 27(5) : 966-974.
21. Medeiros E. Os Centros de Especialidades Odontológicas como suporte da atenção Básica: uma avaliação na perspectiva da integralidade [Dissertação de Mestrado]. Natal: Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007.
22. Faulkner A, Mills N, Bainton, D, Baxter K, Kinnersley P, Peters TJ, Sharp D. A systematic review of the effect of primary care-based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care. Br J Gen Pract. 2003. 53: 872-884.
23. George, A.; Rubin, G. Non-attendance in general practice: A systematic review and its implications for access to primary health care. Fam Pract, Londres. 2003. 20: 178-184.
24. Oliveira RS. Precarização e intensificação do trabalho na atenção à saúde bucal: um estudo com cirurgiões dentistas dos Centros de Especialidades Odontológicas [Dissertação de Mestrado]. Recife: Instituto de Medicina Social. Universidade Federal de Pernambuco; 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: PLANO DE ANÁLISE/ MATRIZ PARA COLETA DOS DADOS

CATEGORIAS DE ANÁLISE	CATEGORIA OPERACIONAL	QUESTÕES NORTEADORAS	FONTES DE VERIFICAÇÃO
Projeto de Governo	Suficiência de documentos propositivos (planos, programas e projetos). Coerência com documentos propositivos (planos, programas e projetos)	<p>Quais os antecedentes vivenciados no município até a formulação do projeto para a implementação do CEO?</p> <p>Houve planejamento para implementação dos CEOs?</p> <p>Havia recursos necessários para sua implementação satisfatória?</p> <p>Os objetivos e diretrizes propostos são coerentes com a proposta de governo municipal e com as diretrizes nacionais?</p> <p>A formulação da política apresenta objetivos, metas e direção claros?</p>	<p>Análise documental de Planos, programas, projetos, relatórios de gestão da SMS.</p> <p>Entrevista com Secretário de Saúde, Coordenador de Saúde Bucal, Coordenador do CEO.</p> <p>Análise documental de Planos, programas, projetos, relatórios de gestão da SMS.</p> <p>Entrevista com Secretário de Saúde, Coordenador de Saúde Bucal, Coordenador do CEO.</p>
Capacidade de Governo	Experiência da equipe dirigente da SMS/ Perfil do dirigente. Habilidades da equipe dirigente de saúde Bucal. Acervo de métodos e técnicas de condução.	<p>Descrição do perfil profissional, tempo de serviço dos membros entrevistados. Visão da equipe sobre imagem-objetivo do CEO.</p> <p>A equipe dirigente de saúde bucal planeja periodicamente suas ações? Há protocolos assistenciais estabelecidos?</p> <p>Os recursos necessários para sua implementação foram considerados no momento da formulação/implementação?</p>	<p>Entrevista com Coordenador de Saúde Bucal, Coordenador do CEO.</p> <p>Entrevista com Coordenador de Saúde Bucal, Coordenador do CEO.</p>
Governabilidade	Apoio político ao projeto de implantação dos CEOs.	<p>Qual a autonomia da equipe de gestão da saúde bucal no município?</p> <p>Qual a relação dessa equipe de gestão de saúde bucal dentro da SMS?</p>	Entrevista com Secretário de Saúde, Coordenador de Saúde Bucal, Coordenador do CEO.
Propósitos	Coerência dos documentos propositivos para manutenção, crescimento ou transformação da situação da organização das ações de saúde bucal.	Os objetivos explicitados em planos, documentos similares ou discurso da equipe dirigente expressam suficiência e coerência com intenções de manutenção, crescimento ou mudança da situação de saúde bucal?	<p>Análise documental de Planos, programas, projetos, relatórios de gestão da SMS.</p> <p>Entrevista com Secretário de Saúde, Coordenador de Saúde Bucal, Coordenador do CEO.</p>
Organização	Formas de organização dos processos de trabalho da equipe	<p>Histórico dos serviços de saúde bucal no município. Quantos profissionais, que ações desenvolviam, cobertura dos programas...</p> <p>Como a equipe de saúde bucal organiza suas atividades individual e coletivamente?</p>	Entrevista com Coordenador de Saúde Bucal, Coordenador do CEO.

		<p>O processo de construção da estratégia de implementação é claro? Em especial quanto à divisão de atribuições e atividades? Exige mudança organizacional?</p> <p>Oferta de ações especializadas em saúde bucal antes da implementação dos CEOs.</p> <p>Como as decisões sobre a implementação dos CEOs foram tomadas? Quem decide?</p> <p>Com qual informação.</p>	
Método	<p>Enfoque nas práticas de gestão executadas pela equipe dirigente de saúde bucal.</p>	<p>Quais as práticas de gestão utilizadas pela equipe dirigente de saúde bucal? Há planejamento das ações?</p> <p>Existem monitoramento e avaliação das ações especializadas de saúde bucal?</p> <p>Existe avaliação da produção do CEO? Este se constitui um instrumento de gestão?</p>	<p>Entrevista com Secretário de Saúde, Coordenador de Saúde Bucal, Coordenador do CEO.</p>
Processo de Trabalho em Saúde	<p>Objeto (percepção dos agentes acerca das necessidades de saúde bucal da população que frequenta o serviço e sua relação à atenção secundária da PNSB)</p> <p>Produto (funcionamento do serviço, rotina assistencial, organização das práticas de saúde bucal nos CEOs, acesso e acessibilidade ao serviço);</p> <p>Instrumentos (materiais: disponibilidade e adequação de materiais, equipamentos, instalações físicas, EPI; e não materiais: formação dos trabalhadores);</p> <p>Finalidades (percepção dos atores quanto ao preconizado na PNSB e o realmente executado, motivação para trabalhar no CEO, percepção dos usuários quanto ao CEO e sua relação com a Atenção Básica)</p> <p>Agentes (relações entre CDs, CDs/ASBs e funcionários administrativos e a relação desses profissionais/ trabalhadores com os usuários).</p>	<p>Quais as necessidades de tratamento dos usuários que frequentam o serviço?</p> <p>Como era o tratamento para essas pessoas antes da implementação do CEO?</p> <p>De que forma o CEO contribui para a saúde das pessoas?</p> <p>Qual a rotina de funcionamento do serviço?</p> <p>Quais as especialidades que o CEO atende?</p> <p>Como é lançada a produtividade?</p> <p>Existência de protocolos assistenciais e cumprimento das metas de produção.</p> <p>Os equipamentos, materiais de consumo, Equipamentos de Proteção Individual – EPI são adequados?</p> <p>Qual a formação dos CDs/ ASBs /funcionários do serviço e sua forma de contratação?</p> <p>Qual a sua percepção quanto ao que preconiza a PNSB?</p> <p>Relação entre o percebido em nível local com o estabelecido na PNSB.</p> <p>Como se organiza o trabalho do CDs, ASBs e funcionários administrativos? Quais as atribuições e responsabilidades de cada um desses?</p> <p>Como é o processo de trabalho do CD desde a entrada do paciente até a saída deste (observação in loco)</p> <p>Que problemas encontram para organizar o trabalho?</p> <p>Como se dá a relação entre os profissionais da atenção básica com aqueles da atenção secundária?</p>	<p>Observação direta acompanhando e registrando movimentos, discursos e ações, suas relações recíprocas com Cirurgiões-Dentistas (CD), ASBs e funcionários administrativos na USF/UBS e CEOs.</p> <p>Entrevistas com Cirurgiões-Dentistas, ASB e funcionários administrativos da USF/UBS e CEOs.</p>

APÊNDICE 2 – RELAÇÃO DE ENTREVISTADOS

1. GESTOR MUNICIPAL
2. COORDENADOR DE SAÚDE BUCAL
3. COORDENADOR DO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS - CEO
4. CIRURGIÕES-DENTISTAS DOS CEOs
5. ASBs DOS CEOs

APÊNDICE 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA AO GESTOR MUNICIPAL

1. Qual a sua formação e trajetória profissional?
2. Quais os antecedentes vivenciados no município até a formulação do projeto para a implementação do CEO?
3. Houve planejamento para implementação dos CEOs?
4. Havia recursos necessários para sua implementação satisfatória?
5. Os objetivos e diretrizes propostos são coerentes com a proposta de governo municipal e com as diretrizes nacionais?
6. Como foi o processo de formulação do projeto que visava à atenção secundária em saúde bucal em nível municipal?
7. Como as decisões sobre a implementação dos CEOs foram tomadas? Quem decide? Com qual informação?
8. Como se deu e está se dando o processo de construção da estratégia de implementação? Exigiu ou exige mudança organizacional? Como a SMS está lidando com isso?
9. Os recursos necessários para sua implementação foram considerados no momento da formulação/implementação?
10. O que propõe a Política Nacional de Saúde Bucal? E seu componente da atenção secundária? Qual a imagem-objetivo do CEO?
11. Como se dava a prestação de serviços em saúde bucal nesse município antes do CEO?
12. Havia oferta de ações especializadas em saúde bucal antes da implementação dos CEOs?
13. A equipe dirigente de saúde bucal planeja periodicamente suas ações? Há protocolos assistenciais estabelecidos? Qual a relação desta equipe com os outros membros da secretaria?
14. Qual a autonomia da equipe de gestão da saúde bucal no município?
15. Como a equipe de saúde bucal organiza suas atividades individual e coletivamente?
16. Quais as práticas de gestão utilizadas pela equipe dirigente de saúde bucal? Há planejamento das ações?
17. Existe monitoramento e avaliação das ações especializadas de saúde bucal?
18. Existe avaliação da produção do CEO? Este se constitui um instrumento de gestão?

APÊNDICE 4 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA AO COORDENADOR DE SAÚDE BUCAL

1. Qual a sua formação e trajetória profissional?
2. Quais os antecedentes vivenciados no município até a formulação do projeto para a implementação do CEO?
3. Houve planejamento para implementação dos CEOs?
4. Havia recursos necessários para sua implementação satisfatória?
5. Os objetivos e diretrizes propostos são coerentes com a proposta de governo municipal e com as diretrizes nacionais?
6. Como foi o processo de formulação do projeto que visava à atenção secundária em saúde bucal em nível municipal?
7. Como as decisões sobre a implementação dos CEOs foram tomadas? Quem decide? Com qual informação?
8. Como se deu e está se dando o processo de construção da estratégia de implementação? Exigiu ou exige mudança organizacional? Como a SMS está lidando com isso?
9. Os recursos necessários para sua implementação foram considerados no momento da formulação/implementação?
10. O que propõe a Política Nacional de Saúde Bucal? E seu componente da atenção secundária? Qual a imagem-objetivo do CEO?
11. Como se dava a prestação de serviços em saúde bucal nesse município antes do CEO?
12. Havia oferta de ações especializadas em saúde bucal antes da implementação dos CEOs?
13. A equipe dirigente de saúde bucal planeja periodicamente suas ações? Há protocolos assistenciais estabelecidos? Qual a relação desta equipe com os outros membros da secretaria?
14. Qual a autonomia da equipe de gestão da saúde bucal no município?
15. Como a equipe de saúde bucal organiza suas atividades individual e coletivamente?
16. Quais as práticas de gestão utilizadas pela equipe dirigente de saúde bucal? Há planejamento das ações?
17. Existe monitoramento e avaliação das ações especializadas de saúde bucal?
18. Existe avaliação da produção do CEO? Este se constitui um instrumento de gestão?

APÊNDICE 5 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA AO COORDENADOR DO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS – CEO

1. Qual a sua formação e trajetória profissional?
2. Quais os antecedentes vivenciados no município até a formulação do projeto para a implementação do CEO?
3. Houve planejamento para implementação dos CEOs?
4. Havia recursos necessários para sua implementação satisfatória?
5. Os objetivos e diretrizes propostos são coerentes com a proposta de governo municipal e com as diretrizes nacionais?
6. Como foi o processo de formulação do projeto que visava à atenção secundária em saúde bucal em nível municipal?
7. Como as decisões sobre a implementação dos CEOs foram tomadas? Quem decide? Com qual informação?
8. Como se deu e está se dando o processo de construção da estratégia de implementação? Exigiu ou exige mudança organizacional? Como a SMS está lidando com isso?
9. Os recursos necessários para sua implementação foram considerados no momento da formulação/implementação?
10. O que propõe a Política Nacional de Saúde Bucal? E seu componente da atenção secundária? Qual a imagem-objetivo do CEO?
11. Havia oferta de ações especializadas em saúde bucal antes da implementação dos CEOs?
12. Descreva minuciosamente a sua rotina de trabalho.
13. Como se organiza a equipe de saúde bucal?
14. A equipe dirigente de saúde bucal planeja periodicamente suas ações? Há protocolos assistenciais estabelecidos? Qual a relação desta equipe com os outros membros da secretaria?
15. Qual a autonomia da equipe de gestão da saúde bucal no município? Qual a sua autonomia dentro deste processo?
16. Como a equipe de saúde bucal organiza suas atividades individual e coletivamente?
17. Quais as práticas de gestão utilizadas pela equipe dirigente de saúde bucal? Há planejamento das ações?
18. Existe monitoramento e avaliação das ações especializadas de saúde bucal?
19. Existe avaliação da produção do CEO? Este se constitui um instrumento de gestão?

APÊNDICE 7 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA AOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DOS CEOS

1. Qual a sua formação e trajetória profissional?
2. Qual a sua forma de contratação? Você está satisfeito?
3. Qual a rotina de funcionamento do serviço? Como é lançada a produtividade?
4. Quais as especialidades que o CEO atende? Qual a especialidade que você atende?
5. Há protocolos assistenciais e cumprimento das metas de produção?
6. Os equipamentos, materiais de consumo, Equipamentos de Proteção Individual – EPI são adequados?
7. Quais as necessidades de tratamento dos usuários que frequentam o serviço?
8. Como era o tratamento para essas pessoas antes da implementação do CEO?
9. De que forma o CEO contribui para a saúde das pessoas?
10. Qual a sua percepção quanto ao que preconiza a PNSB?
11. Qual a relação entre o percebido em nível local com o estabelecido na PNSB?
12. Como se organiza seu trabalho? Que problemas você encontra para organizá-lo?
13. Como se dá sua relação com os profissionais da atenção básica?
14. Há troca de informações acerca do plano de tratamento dos pacientes?
15. O que pode ser feito para que o serviço seja mais exitoso?

APÊNDICE 8 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA AOS AUXILIARES DE SAÚDE BUCAL DOS CEOs.

16. Qual a sua formação e trajetória profissional?
17. Qual a sua forma de contratação? Você está satisfeito?
18. Qual a rotina de funcionamento do serviço? Como é lançada a produtividade?
19. Quais as especialidades que o CEO atende? Qual a especialidade que você auxilia?
20. Há protocolos assistenciais e cumprimento das metas de produção?
21. Os equipamentos, materiais de consumo, Equipamentos de Proteção Individual – EPI são adequados?
22. Quais as necessidades de tratamento dos usuários que frequentam o serviço?
23. Como era o tratamento para essas pessoas antes da implementação do CEO?
24. De que forma o CEO contribui para a saúde das pessoas?
25. Qual a sua percepção quanto ao que preconiza a PNSB?
26. Qual a relação entre o percebido em nível local com o estabelecido na PNSB?
27. Como se organiza seu trabalho? Que problemas você encontra para organizá-lo?
28. Como se dá a relação dos dentistas com os profissionais da atenção básica?
29. Há troca de informações acerca do plano de tratamento dos pacientes?
30. O que pode ser feito para que o serviço seja mais exitoso?