

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM
ODONTOLOGIA**

**GESTÃO PÚBLICA EM ODONTOLOGIA :
DIFICULDADES E PERSPECTIVAS**

ELISABETE KASPER

**DISSERTAÇÃO APRESENTADA COMO PARTE DOS REQUISITOS OBRIGATÓRIOS
PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM ODONTOLOGIA NA ÁREA DE SAÚDE
BUCAL COLETIVA**

Orientadora: Profa. Dra. Solange Beys Bercht

Agosto de 2001

K19g

Kasper, Elisabete

Gestão pública em odontologia: dificuldades e perspectivas /
Elisabete Kasper; Orientação de Solange Beys Bercht - PAlegre, 2001.
88 p.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande
do Sul. Faculdade de Odontologia. Curso de Mestrado - Clínica
Odontológica – Saúde Bucal Coletiva.

1. Reforma sanitária brasileira 2. Sistema único de saúde 3.
Odontologia social 4. Saúde bucal coletiva do S.U.S. 5. Planejamento da
odontologia do S.U.S. I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Faculdade de Odontologia II. Título

CDU 616.314-084

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os gestores da odontologia, principalmente aos que participaram desta pesquisa pela valiosa contribuição prestada à mesma.

Dedico também, de um modo especial a minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Solange Maria Beys Bercht, uma vez que sua gestão frente ao Centro de Pesquisa de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, é um exemplo que nos referencia nesta atividade específica.

AGRADECIMENTOS

A Deus e a meus pais, por minha vida. Pela fé no ser humano pois a mesma me faz acreditar que sempre é possível crescer e crescer;

À minha mana Luzia, pela paciência, carinho, parceria e principalmente por seu amor;

Aos meus colegas: Ana Lúcia, Ananyr, Eduardo, Eliane, Elisiane e João Régis pelo apoio e força em um dos momentos mais difíceis desta trajetória;

À Prof^a. Lélia Cardoso Hilgert que tão grandiosamente compartilhou seu saber e compreensão.

LISTA DE SIGLAS

ACD -	Auxiliar de Consultório Dentário
AIH -	Autorização de Internação Hospital
APAC-	Autorização de procedimento de Alta Complexidade
CIB -	Comissão Intergestora Bipartite
CIT -	Comissão Intergestora Tripartite
CMS -	Conselho Municipal de Saúde
CNS -	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS -	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS -	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
FMS -	Fundo Municipal de Saúde
FNS -	Fundo Nacional de Saúde
HBS -	Higiene Bucal Supervisionada
NOB -	Norma Operacional Básica
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PAB -	Piso Ambulatorial Básico
PACS -	Programa Agente Comunitário de Saúde
PMS -	Plano Municipal de Saúde
PPI -	Programa Pactuado e Integrado
PSF -	Programa Saúde Familiar
SIA -	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH -	Sistema de Informação Hospitalar.

SUS - Sistema Único de Saúde

THD - Técnico em Higiene Dental

RESUMO

O estudo aborda a gestão pública em Odontologia focalizando suas dificuldades e perspectivas. Tem por objetivo identificar e descrever a existência ou não de dificuldades e ainda as perspectivas para promover o exercício da referida gestão. Trata-se de uma investigação de caráter descritivo qualitativo. Contou com a colaboração de 10 participantes – gestores da odontologia – em exercício, em Porto Alegre e municípios vizinhos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas. Foi utilizado como método de análise, a análise de conteúdo tipo temática que foi validada pela técnica da triangulação, própria para estudos qualitativos. O estudo conclui que as dificuldades dos gestores relacionam-se com os aspectos jurídico / administrativo, ideológico / conceitual e no tipo de prática de saúde do Sistema Único de Saúde. Os gestores são otimistas quanto as perspectivas do S.U.S. e há disposição para acertar e bem conduzir a função de gestor. A pesquisa revela a necessidade de oferecer capacitação ao recurso humano do setor público, em especial aos gestores. Neste sentido o “locus pedagógico” de sua formação é o próprio município.

S U M Á R I O

Dedicatória

Agradecimentos

Lista de Abreviaturas

Resumo

	Introdução	08
1.1	Justificativa	08
1.2	Objetivos	13
1.1.1	Objetivo Geral	13
1.1.2	Ojetivos Específico	13
2.	Revisão da literatura	14
2.1	Sistema Único de Saúde	14
2.1.1	O S.U.S. enquanto processo histórico	18
2.1.2	A Gestão	24
2.1.2.1	Planejamento	30
3.	Metodologia	34
3.1	Abordagens metodológicas	34
3.2	Definição da amostra	35
3.2.1	Descrição das amostras	36
3.3.	Instrumento de coletas de dados	37
3.4.	Métodos de Análise	37
3.5.	Validação	39
4.	Resultados	40
4.1	Descrição complementar dos participantes	40

4.2	Descrições cursivas	41
4.2.1	Atenção odontológica	42
4.2.2	A resolatividade e a integralidade do Método Clínico	43
4.2.3	O método coletivo de intervenção	44
4.2.4	Recursos humanos auxiliares	46
4.2.5	Etapa da implementação do S.U.S.	47
4.2.6	Representação da odontologia no Conselho Municipal de Saúde	49
4.2.7	Comissão Intergestora	50
4.2.8	Satisfação dos odontólogos	51
4.2.9	Satisfação dos usuários	52
4.2.10	Estrutura tecnológica	52
4.2.11	As dificuldades	53
4.2.12	Os êxitos	56
4.2.13	Perspectivas para a implementação da gestão democrática do S.U.S.	57
5.	Discussão	60
5.1	Capacitação dos gestores	60
5.2	Descompasso entre a teoria e prática do Sistema Único de Saúde	65
5.3	A falta de liderança setorial da odontologia	68
6.	Conclusão	71
7.	Anexo	73
Anexo A	Considerações de natureza ética	73
	Termo de consentimento Informado	
Anexo B	Roteiro para entrevista	76
8.	Referências Bibliográficas	80
9.	Summary	

1. INTRODUÇÃO

1.1 - Justificativa

Este estudo aborda a gestão pública em Odontologia. Trata de um tema que deve ser privilegiado quando se pensa em implantação de ações de saúde bucal compatíveis aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Tal constatação emana do reconhecimento de que a gestão pública dos serviços odontológicos necessita ser utilizada de maneira adequada enquanto fator estratégico. Portanto nesta pesquisa se pretende contribuir com a implementação deste processo no SUS, identificando possíveis dificuldades e descrevendo as perspectivas relacionados ao mesmo. KASPER (1996).

A gestão pública não pode ser abordada sem que se faça uma reflexão sobre a Reforma Sanitária Brasileira. De fato para tratar deste tema, entre outros autores, considera-se neste trabalho as proposições de BERCHT (1994), para quem os fundamentos conceituais da mesma, remontam a década de 70, ocasião em que foi revisado como um processo que tem determinação social, em antagonismo a teoria multicausal ecológica que dava mostras de insuficiência e de esgotamento das práticas sanitárias dela emergentes. Estabeleceu-se então, uma rica produção científica reconhecendo as causas sociais da doença enquanto processo histórico e as articulações entre o conceito do processo saúde doença, a prática médica e as políticas de saúde.

Ainda para esta autora tornou-se evidente a necessidade da construção de uma nova prática embasada no conceito amplo de saúde, de prevenção, tendo a saúde como um valor universal e um dever do Estado e que este deveria ser democrático como condição necessária para a passagem do discurso para a prática.

Por outro lado, insiste ainda a mesma autora, que a construção de um novo modelo de atenção à saúde, da organização dos serviços, bem como o conjunto de propostas, de técnicas, de políticas, ganhou corpo no que convencionou-se chamar de Reforma Sanitária que teve seu alicerce legal, jurídico e institucional estabelecido em 1988, na Constituição Brasileira, que incorporou os princípios da reforma que iria fundamentar teoricamente o SUS.

Passada mais de uma década, a considerar-se 1988, percebe-se uma grande dificuldade de implantação e implementação do SUS, tal como concebido pela Reforma Sanitária em sua integralidade. Afirme-se que tanto a Reforma quanto o SUS, enquanto processos sociais e históricos são processos inacabados. (ROCHA, 1999).

Contudo a distância entre o discurso da Reforma e a prática Sanitária do SUS, segundo BERCHT (1994), remetem a considerar-se tal como na década de 70, a questão do conceito de saúde e sua articulação com o Estado. Nesse sentido, pode-se apontar no mínimo duas vertentes distintas em relação a questão e das quais derivam também projetos distintos para o sistema de saúde do país:

- a vertente que considera a saúde como uma mercadoria e portanto sujeita as leis de mercado e para a qual o Estado deve prover a **saúde possível** (o grifo é nosso)

para os pobres , observados os limites mínimos, para não interferir no mercado privado da saúde; PAIM (1996).

- e a outra que considera a saúde como um direito universal do cidadão, portanto remete a questão a um Estado democrático e eticamente comprometido com a maioria da população, enfocando o conceito amplo de saúde.

PAIM (1996) fez uma reflexão extremamente pertinente e de excelência sobre a questão, quando afirma que :

“ A Reforma Sanitária no Brasil tem-se limitado ao seu componente institucional, identificado como processo de implantação do S.U.S., sujeito às vicissitudes do desfinanciamento, do clientelismo, da descontinuidade administrativa, da rigidez burocrática. Pouco tem a ver com a concepção ampliada de saúde e dos seus determinantes, consagrada pela Constituição. Nesse contexto, distintas concepções ou projetos de S.U.S. tem-se configurado na realidade brasileira. Além do S.U.S. formal, expresso na legislação, e nas normas em vigor, e do S.U.S. democrático, derivado do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira e coerente com as proposições políticas formuladas pelos movimentos sociais e pelas conferências de saúde, surge como força crescente o S.U.S. para pobres, centrado numa assistência primitiva de saúde mediante focalização tal como recomenda o Banco Mundial para mitigar os efeitos perversos das políticas de ajustamento econômico”.

Para o mesmo autor cabe ainda destacar o “ S.U.S. real “, refêm dos desígnios da chamada *área econômica*, do clientelismo e da inércia burocrática que, a cada momento , amplia os espaços do mercado para o seguro saúde e os chamados planos de saúde.

Inobstante os *vários S.U.S.* que possam ser identificados na realidade sanitária brasileira, ainda tomando as palavras de PAIM (1998) , fazemos nossa , a sua intenção, quando escreve que “*aceitando a Carta de 10ª Conferência Nacional de Saúde, rejeitamos o S.U.S. formal para fazer avançar , com a competência técnica, experiência político- institucional e participação social, o S.U.S. democrático* “.

Nesse sentido, buscando colaborar com a implantação e implementação da face sanitária do S.U.S. democrático, é que este estudo enfoca o gestor municipal da Odontologia que emerge deste processo. Na medida em que o SUS se consolida e se concretiza nos municípios, enquanto local privilegiado de seu que fazer, resulta importante investigar possíveis dificuldades que o gestor municipal da odontologia enfrenta e quais suas perspectivas para a construção do SUS democrático proposto pela Reforma Sanitária Brasileira.

Assim, se o município desempenha papel fundamental na construção desse processo e , se compete ao gestor municipal planejar e viabilizar o sistema sanitário local, embasado nos princípios da Reforma , é pertinente a preocupação com este novo ator social.

Citando MALIK (1996) e adotando a sua reflexão quando afirma que:

” é necessário desenhar estratégias para superar o desafio da transformação a ser realizada, e uma delas diz respeito ao gerenciamento do setor da saúde. É preciso criar um novo espaço para a gerência , comprometida com o aumento da eficiência do sistema e com geração de equidade. Dessa forma, entre outras ações, torna-se imprescindível repensar o tipo de gerente de saúde adequado para essa nova realidade”.

Esta posição de MALIK, é reforçada por BERCHT (1994) quando afirma que otimizar o gerenciamento , é uma das formas de contribuir para com a racionalidade do S.U.S. , ou seja, com a questão da resolutividade, para que enfim, o modelo passe a resolver de forma integral as questões de saúde.

O que se sabe sobre este ator social do processo, que é o gestor municipal da Odontologia no SUS?

Portanto pretende-se descrever o gestor do SUS na odontologia e que dificuldades enfrenta no processo de gestão e que perspectivas podem ser identificadas para promover um aprimoramento neste processo .

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Identificar e descrever a existência ou não de dificuldades de gestão da odontologia no SUS e ainda as perspectivas para promover o exercício da referida gestão .

1.2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o processo de gestão odontológica em alguns municípios próximos à Porto Alegre;
- Identificar e descrever as possíveis dificuldades no exercício da gestão da odontologia no SUS tendo-se como base a percepção dos gestores destes municípios;
- Identificar e descrever perspectivas relacionadas com o processo da gestão da odontologia no SUS, conforme a percepção destes mesmos gestores.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Sistema Único de Saúde

A Reforma Sanitária Brasileira desenvolveu-se durante o regime autoritário da ditadura militar com a clareza de que a saúde é social e historicamente determinada e que se constitui em um valor universal e dever do Estado. A Reforma Sanitária serviu de referência para conceituar o SUS.

Ao se considerar o SUS neste estudo, dentre os autores considerados, sobressai a contribuição de BERCHT (1994) e desta autora podem ser evidenciados os princípios da Reforma Sanitária :

Princípio da descentralização: com direção única em cada esfera do governo – na realidade, a descentralização das políticas públicas, inclusive a de saúde, se insere em um todo maior que é a própria descentralização e democratização do Estado. O que enseja discutir qual a concepção de Estado necessária para que tal sistema de saúde prospere. Nesse sentido, descentralização não é sinônimo de municipalização. A municipalização é *parte* do processo de descentralização, que na realidade compreenda a redistribuição de poderes e competências político-administrativas;

Princípio da unificação: a unificação dos serviços é uma maneira racionalizadora do modelo na medida em que atua na sobreposição de ações relacionadas com os mesmos fins, o que basicamente , age contra o desperdício de

tempo , dinheiro e materiais da chamada *coisa pública* , predispondo a um aumento na resolutividade dos serviços;

Princípio da hierarquização: - o Sistema Único de Saúde , prevê a estruturação dos serviços em ordem de complexidade crescente, de tal forma que haja uma integração entre os cuidados de atenção primária, secundária e terciária, até em função da tendência de privilegiar-se os cuidados terciários que geram mais lucros por serem incorporadores de tecnologias;

Princípio da regionalização: A regionalização implica na construção de um sistema de referência e contra-referência por regiões. A idéia da regionalização, originou-se na estratégia de atenção primária da Organização Mundial de Saúde , no final dos anos 70. Aquela estratégia caracterizava-se por dar assistência a saúde nos níveis primários através de programas como o materno-infantil e imunizações, ou seja, programas de assistência primária por patologias, sem utilizar o hospital. O estabelecimento de distritos sanitários, valorizando o hospital geral insere-se no princípio da regionalização;

Princípio da integralidade: A integralidade das ações é uma das especificidades mais marcantes do Sistema Único , pois rompe com o modelo curativo/assistencialista. A integralidade da atenção em saúde, funda o paciente como um todo, tanto no método clínico, quanto no método coletivo, sem excludências;

Princípio da universalidade: Este princípio aponta para a saúde como direito de todo o cidadão. Portanto, remete a saúde a cidadania e não ao emprego ou ao consumo como mercadoria (direito a saúde para quem pode pagar);

Princípio da participação popular e controle social: A participação popular vem no rastro da própria descentralização e democratização do sistema. Reflete e depende do modo de condução política da coisa pública e exige os requisitos prévios e simultâneos da racionalização e descentralização do Estado. A Constituição garante formalmente a participação popular através dos Conselhos Municipais de Saúde e com os poderes deliberativos e consultivos.

Para que a participação popular ocorra, necessita-se de um Estado democrático e transparente, e de um setor público forte, socialmente eficaz e administrativamente produtivo;

Princípio da equidade : é um princípio que prevê a igualdade de assistência em todos os níveis e a todos os cidadãos.

Como se percebe os princípios referenciados, adquirem fundamental importância na medida em que pode servir de ponto de partida para a análise de possíveis achados sejam referentes as dificuldades ou as perspectivas da gestão da Odontologia no SUS.

Atualmente estamos em uma fase do S.U.S. na qual cabe ao município uma grande, senão, a maior parcela de responsabilidade na gestão do sistema. A municipalização implica em que os municípios juntamente com os Conselhos de

Saúde assumam o planejamento, controle e a execução das ações e serviços de saúde.

As ações e serviços públicos de saúde que integram o S.U.S. são desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no artigo 196 da Constituição Federal, onde a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviço para sua promoção, proteção e recuperação.

Compreender esse sistema e adaptá-lo aos municípios tornou-se então o grande desafio. Para tanto foram definidas normas que explicitam as responsabilidades do gestor municipal, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho.

Essas regulamentações jurídicas e reformulações institucionais são evidentemente o reflexos e instrumentos de decisões políticas maiores, das relações de poder entre o Estado e a sociedade.

De qualquer modo, todo o processo de regulamentação e implantação, com seus avanços e recuos, acordos e conflitos, muda a realidade política e institucional do S.U.S., particularmente com a ampliação e articulação das Secretarias Municipais da Saúde e a revisão dos papéis de seus atores entre os quais o gestor assume função fundamental e os poderes das Secretarias Estaduais da Saúde e do próprio Ministério da Saúde.

2.1.1 O S.U.S. enquanto processo histórico.

Não pode-se perder de vista a idéia de que o S.U.S. desenvolve um processo social e também um processo histórico. Assim até chegarmos na atualidade vários foram os movimentos realizados no patamar político, econômico e social no país.

Em 1992, o governo Collor atravessava uma de suas piores crises e na tentativa de contorná-la e de dar credibilidade e confiança à administração pública são empossados novos ministros, considerados éticos e notáveis.

A sociedade denuncia, critica e propõe mudanças e avanços. A área da saúde está comprometida e envolta nesta crise de difícil recuperação apesar do trabalho da nova equipe do Ministério da Saúde.

O Movimento Sanitarista exige e faz pressões para que seja realizada a 9ª Conferência Nacional de Saúde que a esta altura já estava atrasada em dois anos. Mesmo apresentando resistência e enfraquecimento político, o governo cede e com o apoio do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde a 9ª Conferência se realizou em agosto de 1992 e teve como tema principal “*Saúde: Municipalização é o Caminho*” e então a partir desta conferência foi possível constatar o poder de articulação dos defensores do SUS e da proposta de descentralização da gestão dos serviços de saúde.

A Conferência Nacional resultou das Conferências Municipais e Estaduais, bem como dos movimentos sociais, dos usuários, dos movimentos sindicais entre outros. Ela aconteceu às vésperas do impeachment do presidente Collor e se

transformou num importante ato político de apoio ao movimento através da Carta da 9ª Conferência Nacional de Saúde à sociedade brasileira na qual reafirma a necessidade de avanços nas áreas jurídicas, institucionais e defende a Reforma Sanitária e a implantação do SUS.

Em seguida o governo é deposto e renasce as expectativas de crescimento da democracia, da reformulação do Estado, do desenvolvimento social e econômico em especial na área da saúde.

São empossados no Ministério da Saúde uma equipe de técnicos e políticos engajados com o Movimento Sanitário que decidem pela continuidade efetiva da implantação do SUS e manifestam esse desejo na Norma Operacional Básica - NOB -SUS em maio de 1993 e a denominam de “*A ousadia de cumprir a lei*”.

Esta NOB, torna-se então o marco inicial da implantação do SUS visto que propôs a sistematização do processo de descentralização da gestão do sistema e dos serviços de maneira transitória com diferentes níveis de responsabilidade entre governo federal, estados e municípios.

Inicialmente a NOB definiu como objeto, orientar o processo de descentralização de gestão e dos serviços visando a construção do SUS. E reconhecendo que este processo de descentralização era bastante complexo admitiu que o mesmo deveria ser efetuado gradativamente, estabelecendo padrões de gestão com variados graus de complexidade e de responsabilidade possibilitando desta forma que a descentralização do SUS se ajustasse do modelo existente ao modelo desejado.

Convencionou-se chamar as situações de transição para os municípios de: Gestão Incipiente; Gestão Parcial e Gestão Semiplena.

Nos Municípios a situação existente era aquela onde este exercia o papel de prestador de serviços, onde ele não gerenciava o sistema e o que ocorria era uma relação de convênio e de pagamento por produção sem que o mesmo pudesse interferir nos serviços a não ser nos oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Por sua vez para os Estados, a situação existente foi considerada a junção da atual e da incipiente e assim para os Estados o período de transição foi denominado de Gestão Parcial e Gestão Semiplena.

Este processo foi implantado entre novembro e dezembro de 1994 e já no fim do mesmo ano, habilitaram-se e assumiram a condição de Gestão Semiplena 24 municípios brasileiros o que significava dizer que 10,07% dos recursos alocados do sistema financeiro das despesas federais era para o custeio da assistência médica esta referente ao Sistema de Informação Ambulatorial, SIA; Sistema de Informação Hospitalar, SIH e Sistema Único de Saúde, SUS.

E ao final de 1997 em torno de uma centena de municípios, em todo o país, estavam habilitados na Gestão Semiplena o que significava que 20% dos recursos do teto financeiro estavam alocados para a saúde.

Devido a complexidade do processo de implantação do SUS, ocorreu a necessidade de revisão dos princípios e diretrizes e no nível federal e estadual iniciou-se a proposta de formulação de uma nova Norma Operacional, que ficou conhecida como a NOB-SUS 1/96 que reitera e promove o processo de

municipalização do setor saúde . E mesmo com as dificuldades de financiamento do SUS essa NOB se concretiza e é implantada em maio de 1998.

Percebe-se então, com bastante clareza, que na implantação do SUS, o princípio e diretriz da descentralização foi o mais importante e o que alcançou lograr algum sucesso.

Assim neste contexto cabe citar o depoimento de RODRIGUES DOS SANTOS, apud ALMEIDA (1996), onde afirma que “ *a municipalização pode ser considerada um movimento municipal da saúde com o propósito de as prefeituras assumirem o compromisso com a resolutividade, levando para a população a extensão da cobertura*”.

Esta proposta municipalista toma corpo e começa a evoluir e a se destacar nos Encontros Nacionais de Secretários Municipais de Saúde (São Paulo em São José dos Campos,1982 e em Londrina,1987) e deu origem a criação de um Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS em 1987 bem como ao Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS que integraram-se ao Movimento Sanitário passando a ter importância significativa na implantação do SUS .

Para MÜLLER (1991) a municipalização representa a articulação, união e organização dos municípios brasileiros, de um modo especial dos serviços municipais de saúde, uma vez que seus técnicos e gestores, passam a promover a defesa dos assuntos e objetivos relacionados à descentralização dos recursos, do poder e das ações em saúde.

Referenciando ALMEIDA, CASTRO, LISBOA, (1998) a proposta da descentralização, ou seja da municipalização teve um potencial significativo na medida em que o município pode assumir e agir como base da federação, com a rapidez necessária para promover transformações, em especial nas questões das políticas sociais e de modo particular na área de saúde, enquanto política pública. Salienta-se que isso de forma alguma significa isolamento, mas sim articulação e integração entre os níveis estadual e federal .

Refletindo sobre as NOBs. concluímos que as mesmas constituem-se instrumentos jurídicos e institucionais criados pelos próprios gestores do SUS ou seja, pelo Ministério da Saúde; Secretarias de Saúde Estadual e Municipal e aprovadas pelas Comissão Intergestora Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde objetivando a implementação do SUS, definindo estratégias, prioridades e diretrizes que visam estabelecer as relações entre seus gestores.

A seguir algumas considerações sobre as NOBs:

A **NOB 91** estabeleceu um sistema de compra de serviços públicos e privados, sem a definição de responsabilidades da gestão do sistema.

A **NOB 93** estabeleceu algumas formas de gestão Municipais e Estaduais que aprofundaram a descentralização, definindo as transferências automáticas de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, e criando as Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartite, para auxiliar nas decisões do sistema. Devido a crise de financiamento do SUS, essa norma foi reduzida na prática a estabelecer municípios gestores, qualificados sob a forma de gestão

semiplena (que recebem antecipadamente o seu teto financeiro fundo a fundo) e os outros, sob as formas de gestão parcial (que recebem o saldo do teto financeiro excedente da sua produção de serviços) e incipiente, que continuam a funcionar como prestadores.

A **NOB 96**, possibilitou o estabelecimento do princípio constitucional do comando único em cada nível de governo, descentralizando os instrumentos gerenciais necessários mediante as formas de gestão propostas, e caracteriza as responsabilidades sanitárias de cada gestor, definindo como principal operador da rede de serviços do S.U.S. o Sistema Municipal de Saúde, o que permite aos usuários reconhecer os responsáveis pelas políticas públicas que determinam o seu estado de saúde e condições de vida. A elaboração do cartão S.U.S. municipal, com numeração nacional, é o instrumento de criação do vínculo da clientela aos serviços, permitindo o estabelecimento de referências intermunicipais e interestaduais, por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI).

A mesma NOB 96 define o campo de atuação do sistema em três componentes: assistência a saúde, demandas ambientais e políticas extra-setoriais, resgatando o princípio constitucional da integralidade e permitindo a construção de um modelo assistencial que incorpora o modelo epidemiológico ao modelo tecnológico clínico dominante.

2.1.2 A Gestão

Atualmente, em Administração existem diversas escolas de pensamento e através das quais pode-se entender melhor uma organização e entre elas incluem-se as de saúde. Como consequência, não existe uma fórmula ou receita de direção mais adequada para uma organização, seja de saúde ou de outra qualquer. É necessário lidar o tempo todo com múltiplas dimensões, de natureza racional, natural e política, cada uma delas enfatizando uma determinada filosofia.

A gestão deve ser entendida, sobretudo, como observação das características do ambiente em que a organização se insere e das particularidades de seu processo de trabalho, de forma a definir o modo mais apropriado de operar, que não pode ser único nem exclusivo, mas sim adequado a cada ambiente. Do enfoque político, gerenciar, é estar atento aos interesses, conflitos e relações de poder existentes, quer sejam eles formais ou informais, internos ou externos.

Cabe salientar também que a gestão deve buscar participação e negociação destes interesses, objetivando comprometimento e a consequente união das forças necessárias à implementação das decisões.

Sob a ótica da política existe a possibilidade de se vislumbrar como as organizações públicas, principalmente as de saúde, bem como seus recursos humanos, estão envolvidos numa situação de dispersão e de disputa pelo poder. Desta forma existem vários poderes: os formais inerentes ao cargo; os provenientes

de negociações e arbitragem dos conflitos internos ; o resultante da negociação dos recursos, etc.

Portanto o gerenciamento deve ser focado sob a perspectiva múltipla, pois se caracteriza por reconhecer a necessidade de utilizar diferentes formas de ver e explicar as organizações, uma vez que seus conflitos se apresentam de forma contraditória, exigindo que se utilize de várias abordagens de percepção e intervenção.

Gestão, sob a perspectiva de múltiplos eventos, significa, admitir que existe uma tensão permanente entre as diferentes racionalidades nas organizações, o que acarreta aceitar e compreender as múltiplas dimensões mediante as quais se devem valorizar não a clareza dos objetivos a serem perseguidos como também uma adequada divisão e coordenação do trabalho, visando imprimir eficiência às ações que se desenvolvem. Não se pode deixar de citar a importância das pessoas dentro das organizações, o que nos leva a avaliar a necessidade de compreender melhor as características do processo de trabalho e do ambiente. Neste enfoque, encontra-se presente também a dimensão política, que nos faz entender a contextualização dinâmica , como o das relações de poder existentes, interna e externamente às organizações.

A aplicação concreta da gestão organizacional, num ambiente sistêmico complexo e mutável como o da saúde, pode ser o de contrato de gestão, através do qual se colocam em prática formas de gestão voltadas para a construção e a coordenação de um sistema de compromissos internos e externos à organização. O

resultado mais provável deste instrumentos será o de desenvolvimento de regras de responsabilidade dentro deste sistema gerencial.

O gestor municipal do S.U.S. é sempre estatal (o governo municipal por meio da Secretaria Municipal de Saúde), e os prestadores podem ser estatais (federais, estaduais e municipais), privados sem fins lucrativos (as entidades filantrópicas) ou privados com fins lucrativos de forma complementar, e nessa ordem de prioridade, mantendo a subordinação e relações (o PPI, os pagamentos, as atividades de controle e auditoria, o acompanhamento e a avaliação) com o gestor do município em que estão localizados. As relações entre os Estados é feita através do Ministério da Saúde, nos fóruns onde esses são representados pelas comissões formadas por representantes dos níveis Federal, Estadual e Municipal ou seja: as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs), formada por representantes dos níveis Estadual e Municipal e as Comissões Intergestora Tripartite (CITs). A PPI é o principal instrumento de pactuação entre os gestores, incorporando os objetivos, metas, referências intermunicipais e interestaduais, os recursos financeiros correspondentes definidos nos tetos financeiros de acordo com os critérios estabelecidos nas CIBs e CITs e aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde.

Compete também ao gestor viabilizar o SIA, revisto para adaptação à NOB 96, que estabelece três níveis de complexidade dos procedimentos no nível ambulatorial (básico, média complexidade e de alto custo/complexidade) e duas formas de repasse financeiro:

a) – Por transferência regular e automática fundo a fundo de recursos federais para os Estados e Municípios, com o estabelecimento do piso básico para as atividades de atenção à saúde, o Piso Ambulatorial Básico (PAB). Além disso, cria incentivos financeiros específicos para o PAB, para as atividades de Vigilância Sanitária, atividades de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, a Assistência Farmacêutica Básica, para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e para as atividades voltadas ao controle das carências nutricionais.

b) – Remuneração por serviços produzidos, constituída dos valores correspondentes às Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs), por meio do Sistema de Informações Hospitalares do S.U.S., e às Autorizações de Procedimentos de Alto Custo/Complexidade (APACs), por intermédio do Sistema de Informação Ambulatorial do S.U.S. (SIA-SUS).

Os procedimentos de gestão numa abordagem do SUS democrático, prevêm duas formas de gerenciamento para os municípios:

- Gestão Plena de Atenção Básica;
- Gestão Plena do Sistema Municipal

A gestão Plena da Atenção Básica se caracteriza por ser o gestor municipal o responsável por toda a rede de serviços desde a execução da assistência ambulatorial básica composta pelos procedimentos incluídos no Piso de Atenção Básica - PAB, até as de Vigilância Epidemiológica e de controle de doenças. Será responsável também pelas Autorizações de Internações Hospitalares e de

Procedimentos de Alto Custo e Alta Complexidade, salvo decisão contrária da CIB. Deve realizar cadastramento, controle e auditoria dos demais prestadores de assistência básica.

E parafraseando FERREIRA, (s.d.) o município assumirá a Gestão Plena de Atenção Básica quando:

- comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde; a operacionalidade do Fundo Municipal de Saúde; a capacidade técnica e administrativa e as condições materiais para o exercício de suas responsabilidades ; a dotação orçamentária do ano e o dispêndio do ano anterior; a capacidade para o desenvolvimento das ações de vigilância sanitária e epidemiológica; a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para a supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados;
- apresentar o Plano Municipal de Saúde e comprometer-se a participar da elaboração e implementação da PPI do Estado, bem como da alocação de recursos expressa na programação;
- formalizar junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após a aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada;
- dispor de médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia , controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados;

A outra forma é a da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde que se soma a anterior porém acrescentando-se a mesma a execução de ações de Vigilância Sanitária, de Epidemiologia e controle de doenças, bem como elaboração da sua PPI em conjunto com os municípios envolvidos na organização da regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, definindo as referências intermunicipais tendo como mediador o Estado .

E ainda com base em FERREIRA (s.d.) o município assumirá a Gestão Plena do Sistema Municipal, quando além de preencher os requisitos da anterior, conseguir: comprovar o funcionamento do serviço estruturado de vigilância sanitária e a capacidade para executá-la ; estruturar os serviços e a vigilância epidemiológica e o controle das zoonoses; estruturar o município dentro do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e disponibilizar Recursos Humanos para a supervisão e auditoria das unidades, dos profissionais e dos serviços.

Baseados nestas informações pode-se concluir que a descentralização das ações e dos serviços , constituem-se num enorme desafio, visto que sua proposta é uma mudança radical no atual sistema, pois tenciona eliminar os erros e superar as deficiências e então criar um sistema de saúde que consiga atender as necessidades da saúde da população.

E esse novo modelo de sistema só poderá se tornar concreto no município onde os gestores detém a responsabilidade por seu planejamento, execução e avaliação.

2.1.2.1 Planejamento

Ao citarmos planejamento ou a gestão, cabe salientar que estamos nos referindo ao planejamento e a administração no setor público, pois é consenso nacional de que ele (o planejamento) é imprescindível quando se propõe uma política descentralizadora, cujo foco é o Município, mas não esquecendo nunca de que deve haver espaço para o controle social e para um sistema de informações que possibilite ao Estado exercer seu papel regulador.

Ainda sobre a conceituação de planejamento se faz necessário entender de que seu universo não é impenetrável para os não iniciados, visto que para atingirmos nossos objetivos, deverá acontecer um acordo entre os diversos atores sociais envolvidos com a árdua tarefa de aperfeiçoar o sistema de saúde.

Para MEHRY (1997), o planejamento pode ser usado como uma forma de ação governamental na elaboração de políticas no processo de organização da gestão e na prática social. Na administração de políticas governamentais o prestígio do planejamento oscilou entre altos e baixos, inclusive no setor saúde. Pois com o passar dos anos e como decorrência do fracasso de vários planos governamentais e empresariais, o planejamento era visto com descrédito e com ceticismo. Porém felizmente, os erros cometidos serviram como lição e o resultado foi o amadurecimento e então planejadores e planejamento foram se incorporando as práticas públicas e atualmente planejar é parte essencial em uma gestão moderna e eficiente.

Por outro lado, DRUCKER (1975) define planejar não como uma simples intenção, e sim como algo que expressa e requer decisões e ações imediatas. Ao planejar devem existir objetivos factíveis e alcançáveis para ter credibilidade. Deve ter o compromisso de vislumbrar um futuro melhor, com ousadia e determinação. Portanto há que ter maturidade para se ajustar às restrições que possam advir ou do ambiente ou do grau de desenvolvimento da organização. O planejamento deve por conseguinte selecionar as ações concretas para atingir o objetivo desejado.

Já na perspectiva de PAIM (1996), o planejamento deve promover o desenvolvimento da instituição no sentido de apoiar a organização administrativa do sistema. Promover uma cultura institucional onde se propicie, aos agentes, a cultura da reflexão sobre a finalidade das propostas, é uma maneira de qualificar e efetivar o trabalho. O planejamento deve educar os agentes sociais a analisar a organização, os sistemas e as variáveis que tem significância no projeto, ou seja, pensar estrategicamente buscando os caminhos possíveis para atingir os objetivos institucionais (por exemplo: a satisfação do usuário com a resolução efetiva dos problemas de saúde). Visto deste prisma, o planejamento é também uma forma de educar para a qualidade.

E refletindo com PAIM (1996) o planejamento deve ser um compromisso permanente da organização e do gestor, pois neste contexto estão envolvidos diversos atores sociais. Na administração municipal, além da equipe da secretaria de saúde, temos os representantes da administração pública municipal; da administração estadual; do conselho local de saúde; da sociedade civil e os usuários

do sistema. Desta forma o planejamento se transforma em um processo político que pretende compatibilizar diferentes visões de futuro criando estratégias para alcançá-las. É claro que os detentores do poder têm mais chances de fazer prevalecer sua opinião e seus métodos, mas em uma democracia, deverão ouvir e fazer acordos com os demais segmentos da sociedade e com os seus antagonistas. É sabido em administração que a implementação de decisões é muito mais ágil e eficiente quando os atores conhecem suas razões e origens, e de forma especial quando participam do processo de elaboração. Portanto os objetivos devem ser exaustivamente discutidos para que o consenso seja mais facilmente aceito e compreendido por todos os envolvidos no processo.

Por fim, de acordo com MEHRY (1997) a arte de elaborar um processo de mudança, chama-se planejamento, que nada mais é do que um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos, que interagem com a realidade programando as estratégias e as ações necessárias que possibilitem alcançar os objetivos e metas preestabelecidos.

Em saúde, o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficiência e eficácia do sistema, com a finalidade de proteção, promoção, recuperação e a reabilitação.

Assim pressupondo que o ato de planejar no setor público não é neutro, visto que poderá beneficiar ou não determinados grupos ou interesses, é necessário ter em mente a questão do compromisso social e ético do planejamento.

Neste sentido a gestão das políticas públicas em saúde , devem expressar a ética com o SUS democrático oriundo da Reforma Sanitária Brasileira pois somente desta forma o planejamento servirá para otimizar essas políticas.

3. METODOLOGIA

3.1 Abordagem metodológica

Este estudo se alinha na vertente qualitativa de pesquisa.

Os métodos qualitativos são os que enfatizam o conhecimento da realidade a partir de uma perspectiva, ou seja, captar o significado particular que o próprio protagonista atribui a cada fato e de contemplar estes elementos como peças de um conjunto sistemático (...) a tarefa do pesquisador neste contexto se apoia em captar a essência deste processo para interpretar o sentido dos diferentes conteúdos” (OLABUÉNAGA, 1998)

Ademais, é de caráter descritivo, pois contém “ *dados descritivos : as próprias palavras pronunciadas ou escritas das pessoas e atividades observáveis”* (TAYLOR, BOGDAN,1998).

3.2 Participantes

Os participantes desta pesquisa compõem uma amostra que pode ser descrita como amostra não probabilística do tipo estratégico ou intencional; trata-se, pois, de uma amostra na qual :

“ o investigador seleciona os informantes que irão compor a amostra seguindo um critério estratégico pessoal...”. os mais fáceis [...] os que por seu conhecimento da situação ou do problema parecem ser os mais idôneos e representativos da população a estudar” (OLABUÉNAGA,1998).

os participantes formaram um conjunto de 13 gestores da odontologia dos municípios.

O objetivo deste estudo foi exposto a todos os envolvidos, que assinaram um termo de consentimento informado (anexo A) e a sua participação foi espontânea. Além disso foi garantida a devolução das conclusões obtidas pela autora aos entrevistados, bem como aos demais colegas interessados.

3.2.1 Descrição da amostra

A amostra é formada pelos gestores da odontologia dos seguintes municípios :

Alvorada;

Cachoeirinha;

Campo Bom;

Canoas;

Esteio;

Gravataí;

Guaíba;

Novo Hamburgo;

Porto Alegre;

Sapiranga;

Sapucaia;

São Leopoldo;

Viamão.

3.3 Instrumento de coleta de dados

Os dados deste estudo foram coletados por meio de entrevistas que podem ser descritas como parcialmente estruturadas, ou seja,

“ entrevistas cujos temas são particularizados e as questões (abertas) preparadas antecipadamente, mas com plena liberdade quanto à retirada de algumas perguntas, a ordem com que estas perguntas estão colocadas e ao acréscimo de perguntas improvisadas”
(LAVILLE, DIONNE, 1999).

Foi elaborado um roteiro de entrevistas para a obtenção dos dados (Anexo B), o que seria perguntado, não pretendendo em momento algum um padrão de respostas, o que seria impossível em se tratando da relação autor/sujeito.

Foram feitos contatos para expor a finalidade da pesquisa e agendar os respectivos encontros para a coleta de dados.

3.4 Método de Análise

A análise qualitativa utilizada neste estudo pode ser denominada “análise de conteúdo” de tipo temática.

“Cujo princípio consiste em desmontar a estrutura e os elementos deste conteúdo para esclarecer suas diferentes características e extrair sua significação, a análise de conteúdo [...] permite abordar uma grande diversidade de objetos de investigação: atitudes, valores, representações, mentalidades, ideologias, etc
“(LAVILLE, DIONNE, 1999).

Define-se, neste estudo, análise temática aquela que procura estabelecer recortes no texto e classificá-los em categorias que sintetizam o conteúdo deste texto.

A análise de conteúdo segue o modelo proposto por LAVILLE e DIONNE op cit, e se processará em etapas.

A primeira etapa consistiu na organização do material coletado orientado pelos objetivos da pesquisa. Esta orientação permite ao pesquisador elaborar *“ sua percepção do fenômeno e se deixa guiar pelas especificidades do material selecionado”*.

A segunda etapa consistiu *“ em efetuar um recorte dos conteúdos em elementos que se poderá em seguida ordenar dentro de categorias, dado que a finalidade é eminentemente agrupar estes elementos em função de sua significação, cumpre que estes sejam portadores de sentido em relação ao material analisado e as intenções da pesquisa”*.

Esta etapa possibilitou a classificação e o agrupamento das expressões textuais comprobatórias correspondentes a cada categoria.

Neste estudo as categorias foram selecionadas a priori apoiando-se no referencial teórico. (LAVILLE, DIONE, 1999)

A terceira etapa correspondeu a inferência e interpretações, aparecendo sob a forma de descrições cursivas entremeadas de expressões literais extraídas das entrevistas.

3.5 Validação

Quando se fala em validação de uma pesquisa qualitativa, a triangulação aparece como uma das técnicas mais indicadas.

Para KEMMIS, citado por SERRANO (1990) a triangulação consiste em um controle cruzado de diferentes fontes de dados: pessoas, instrumentos, documentos ou a combinação destes.

No caso deste estudo, foi considerada a triangulação de sujeitos “ *que permite confrontar os diferentes pontos de vista que os implicados têm sobre a realidade*”.

4. RESULTADOS

Inicialmente, planejou-se trabalhar com 13 cidades da grande Porto Alegre.

Na realidade o estudo efetivou-se com 10 cidades, porque das 13 cidades inicialmente selecionadas, 03 (três) gestores não puderam comparecer devido a impedimentos dos mesmos.

As entrevistas com os respectivos gestores foram realizadas nas Secretarias de Saúde de cada cidade, nos meses de setembro e outubro de 2000.

Os encontros foram agendados por telefone e nesta ocasião explicou-se o estudo.

Quando das entrevistas, repetiram-se os objetivos do estudo, e obteve-se o Termo de Consentimento Informado dos participantes, inclusive para a gravação das entrevistas

De uma forma geral, os dentistas gestores, manifestaram satisfação ao tomarem conhecimento de que se faria um estudo sobre gestão em odontologia .

4.1 – Descrição complementar dos participantes

Quanto ao **perfil** dos gestores, tem-se que todos os participantes do estudo :

- são cirurgiões dentistas;
- 99% deles não tem formação específica em Saúde Pública ou Saúde Bucal Coletiva;

- quanto a situação funcional dos gestores, tem-se que 70% são funcionários públicos concursados e os demais 30% ocupam cargos de confiança, convidados;
- nenhum dos entrevistados ocupa a função de gestor há mais de 4 anos;
- a faixa etária dos mesmos está compreendida entre 32 e 52 anos, perfazendo uma média de 40,3 anos;
- dos 10 gestores entrevistados, 50% são mulheres e 50% são homens;
- o tempo médio de atuação dos gestores no serviço público é de 12 anos;
- quanto ao tempo de trabalho semanal dedicado ao setor público, verifica-se que 1% dedica 40 horas semanais de trabalho; os demais 99% dedicam de 20 a 30 horas semanais de trabalho ao setor público.

4.2 – Descrições cursivas

Processada a análise das entrevistas passa-se a descrever seus resultados que referem, nesta apresentação, a ordem das questões formuladas aos participantes (Anexo B).

O conteúdo das questões constituíram-se nas categorias de análise. Estas aparecem em destaque precedendo as descrições cursivas correspondentes:

4.2.1 – Atenção Odontológica:

Observa-se que 99% dos gestores refere que os municípios oferecem “atenção básica”.

O termo atenção básica referido pelos gestores, vincula-se aos seguintes procedimentos odontológicos: restauração, profilaxia, extração e atendimento de urgência.

Também pode se verificar que a atenção básica a que se referem os gestores assume o caráter de “atividade curativa”.

As atividades preventivas quando explicitamente mencionadas constituem-se de palestras, higiene bucal supervisionada e flúor, tendo como população alvo os escolares e pré-escolares.

Não são referidas atividades preventivas nos termos citados pelos gestores para a população adulta dos municípios.

Tanto para as atividades curativas quanto preventivas, a aprioridade é para a população infantil e escolar.

Verificou-se que apenas o gestor de 01 município, ao discorrer sobre o tipo de odontologia desenvolvida pelo seu município, referiu-se ao “... *modelo de atenção integral, promoção de saúde... desde atenção básica até a especializada... a porta de entrada é a atenção básica...aumentando os níveis para as referencias... e estamos tentando a prótese.*” Referindo à reabilitação bucal.

4.2.2 - A resolutividade e a integralidade do Método Clínico:

Os gestores referem-se a questão nos seguintes termos:

“.. bom eu acho que a gente está no caminho.. mas em termos de método clínico a gente agora está atendendo adultos e junto com eles os idosos, mas a base de nosso programa são os escolares e pré-escolares até 15 anos.”

“.. quem procura os postos consegue uma resolutividade quase que total, agendam e vão até o fim e em relação a integralidade, tem toda a atenção primária”.

“.. é como num consultório particular, o paciente chega e é examinado e é feito um trabalho mais simples ... quanto a integralidade não é total, só temos a básica..”

“.. quanto a resolutividade um nível médio, satisfatório. Quanto a integralidade não temos nenhum complemento, nenhuma integração com a medicina e com as áreas nos postos de saúde”.

“.. quanto a resolutividade deixa a desejar, já quanto a integralidade é total”.

“.. a integralidade é total, quanto a resolutividade.. estamos tentando liberar o paciente só após a alta”.

“.. é resolutivo na consulta e não tem integralidade..”.

“.. bem a integralidade é total nós conseguimos fazer todo o tipo de trabalho, mas as vezes começar um trabalho e terminar é difícil.. se consegue concluir em torno de 40%..”.

“.. ele é atendido e tratado aqui, mas só até a restauração..”

“.. em termos de saúde bucal infantil e de escolares a gente consegue uma resolutividade melhor.. a integralidade contempla todos os procedimentos da NOB em atenção básica...”

A resolutividade total, é total para os procedimentos que compreendem a atenção básica. É interessante verificar a comparação com o “consultório particular”, como se a atenção odontológica oferecida neste, fosse o referencial para todos os procedimentos odontológicos, ou a “medida de todas as coisas”.

Percebe-se uma vinculação da resolutividade com o aumento da cobertura, ou seja, o contemplar com a atenção básica a outros grupos como idosos por exemplo. Na realidade a resolutividade é um conceito também de verticalidade e não somente de horizontalidade, como o é o aumento da cobertura.

4.2.3 . - O Método Coletivo de Intervenção:

Quanto a este aspecto, tem-se que não chega a existir um “método coletivo de intervenção” enquanto uma lógica articulada de intervenções no coletivo.

Existem atividades soltas com conotação preventivo-informativa ou preventivistas.

As expressões indicativas produzidas pelos gestores foram as seguintes:

“.. nós temos o ônibus da saúde que tem a parte odontológica e a gente faz as ações nas escolas com enfoque em prevenção... oferece palestras, aplicação de , escovas,..”

“.. através de prevenção, palestras e aplicação de flúor nos escolares...”

“.. o que é método coletivo?... Esse ano não foi feito nenhum trabalho nas escolas, vou tentar fazer bochechos de flúor..”

“.. estamos iniciando nas escolas um programa de levantamento de índices e de educação... para se fazer prevenção...”.

“.. odontologia coletiva dirigida a educação, prevenção, higiene bucal supervisionada, flúor, palestras, filmes a cada 15 dias..”.

“.. atenção coletiva é trabalhada tanto nas Unidades, nos grupos multi disciplinares (gestantes, diabéticos, idosos, etc.), nas creches e escolas...”.

“.. a atenção coletiva se desenvolve mais no preventivo.. higiene bucal supervisionada, uso do fio dental, restaurações atraumáticas e aplicação de flúor..”.

“.. a cada 15 dias, aplica-se o flúor e a higiene bucal supervisionada nos alunos da pré escola e nos alunos das creches a cada 7 dias..”.

“.. o nosso município é “amigo da criança” mas na próxima administração teremos escovódromo..”.

“.. através do programa para escolares, gestantes, diabéticos, idosos e hipertensos..”.

É possível constatar uma redução do método coletivo às ações pontuais, como palestras e aplicação de flúor. A preocupação é em relação a cárie dentária. Apenas um município refere doenças periodontais e câncer de boca, e nenhum, trabalha com as 05 (cinco) patologias que são tidas como problema de saúde pública, quer seja: cárie, doença periodontal, câncer de boca, fluorose e má oclusão, de forma sistematizada em uma perspectiva de integralidade.

4.2.4. – Recursos Humanos Auxiliares:

Verifica-se que há uma grande carência de recursos humanos auxiliares em odontologia, tanto em relação a auxiliar de consultório, quanto à técnicos em higiene dental.

As expressões indicativas quanto a questão são as que seguem:

“.. sim trabalhamos com auxiliar de consultório e técnico em higiene dental.. ambos são orientados nos módulos ao cumprimento de suas funções. A função de A. C.D. além de limpar e alcançar instrumental é também burocrática. A função da T.H.D., na nossa equipe, é a de fechar cavidades, fazer raspagens de tártaro, fazer a parte preventiva direto no espelho (escovagem, higiene bucal supervisionada) e também faz radiografias dentárias”.

“.. sim todos os postos tem auxiliar consultório dentário, todos os Cirurgiões Dentistas, só tem 01 (uma) técnica higiene dental pois no município não existe a vaga no quadro..”.

“.. só temos uma Auxiliar de Consultório Dentário com curso, foi feito concurso parece que só 06 passaram e nenhum quis assumir porque o salário é baixo e tem que trabalhar 08 horas..”.

“.. não, mas existe um projeto..”.

“.. não..”

“.. sim, temos Auxiliar de Consultório Dentário, para a Técnica de Higiene Dental foi solicitado a abertura do cargo para 2001..”.

“.. não existe pessoal auxiliar..”.

“.. não..”.

“.. não, foi realizado concurso mas ninguém se inscreveu. O salário é muito baixo..”

4.2.5 .- Etapa da implementação do S.U.S.

A este respeito, os gestores se referiram assim:

“.. ele está naquele processo de municipalização, né, não estamos com a total, está na semi plena..

“.. eu acho que está na plena ou semi plena..”

“.. não sei exatamente o que significa isso..”

“.. estamos partindo para a municipalização e colocar a odontologia dentro do PSF, mas está a caminho da plena..”.

“.. semi plena de atenção básica..”

“.. estamos na gestão plena..”

“.. na fase de semi plena..”

“.. não tenho certeza, parece ser semi plena, não posso afirmar..”

“.. gestão plena de atenção básica..”

“.. na atenção básica..”.

As condições de **gestão**, estabelecidas na NOB – 96 , explicitam as responsabilidades do gestor municipal, os requisitos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho.

A habilitação dos municípios às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade. Então a partir desta NOB os municípios podem habilitar-se em duas condições :

A gestão plena de atenção básica; e

A gestão plena do sistema municipal;

A **Gestão Plena de Atenção Básica** caracteriza-se por ser o gestor municipal o responsável por toda a rede de serviços desde a execução da assistência ambulatorial básica composta por procedimentos incluídos no Piso de Atenção Básica – PAB -, até as de vigilância epidemiológica e de controle de doenças. É responsável também pelas autorizações de internações hospitalares – AIH – e de procedimentos de alto custo e alta complexidade, salvo decisão contrária da CIB. Deve realizar cadastramento e auditoria dos demais prestadores de assistência básica.

A **Gestão Plena do Sistema Municipal** se soma a anterior porém acrescentando-se a mesma a execução de ações de vigilância sanitária,

epidemiológica e controle de doenças em parceria com outros municípios e tendo como mediador o Estado.

Cabe salientar que a expressão “gestão semi plena” não está contemplada nesta NOB, mas a mesma é deveras utilizada pelos gestores, quando os mesmos desejam manifestar que os seus municípios estão no processo de “plenificação” .

4.2.6. – Representação da Odontologia no Conselho Municipal de Saúde:

Quanto a esta questão foram obtidas as seguintes expressões indicativas:

“.. não tem representante. Provavelmente não terá como odontologia”

“.. sim sou eu..”

“.. eu acho que não tem, não posso afirmar..”

“.. não sei..”

“.. existem 02 representantes, pela Associação Brasileira de odontologia – ABO e outro que representa os usuários (associação de bairros)..”

“.. tem representante. A equipe do planejamento – os Cirurgiões Dentistas – comparecem as reuniões se a pauta contemplar a odontologia.

“.. tem representante, sou eu em nome do Conselho Regional de Odontologia..”

“..eu fui a última representante. Nas reuniões do Conselho Municipal de saúde não é sempre que convidam a Odontologia..”

“.. tem..”

“.. não tem representante. Fui convidado mas não quis participar..”.

4.2.7. – Comissão Intergestora:

As expressões indicativas colhidas quanto a participação , ou representação do município na Comissão Intergestora, são as que seguem:

“.. estamos com quase nada de representação..”

“.. o que é? Não tem representante..’

“.. também não sei..”

“.. não são representadas..’

“ .. não sei bem o que é isto. Mas acho que o Cirurgião Dentista não faz parte desta Comissão..”

“.. em geral têm as pessoas certas, o Secretário e seus assessores..”

“.. não sei responder. Não sei o que é Intergestor..”

“.. não tenho idéia neste momento..”

“.. sim..”

“.. através da Secretaria de Saúde, eu participo do Conselho , sou suplente , mas não represento a Odontologia e sim a Secretaria da Saúde..”

4.2.8. – Satisfação dos Odontólogos:

Os gestores ao se referirem ao grau de satisfação dos Cirurgiões Dentistas da rede, produziram as seguintes expressões indicativas:

“.. com satisfação em relação ao trabalho, mas insatisfeitos com relação ao salário..’.

“.. gostam muito de trabalhar aqui, vem até de outras cidades..’

“.. nos deparamos com a falta de recursos financeiros. O problema é a licitação..”.

.. é baixo, pouco satisfeitos..’.

“.. no geral estão satisfeitos..”.

“.. existe um programa de educação continuada.. . encontram-se com os gerentes ... existe espaço para discutir e trocar idéias...”.

“.. o salário é um dos melhores, não se exige cumprimento de carga horária...”.

“.. só nove (09) dos vinte (20) dentistas fazem o programa de saúde oral - se identificam - porque os Cirurgiões Dentistas não foram preparados para a Saúde Pública... acham que trabalhar na rede é só fazer extração...”.

“.. estão satisfeitos..’.

“.. nós abrimos um espaço para o diálogo onde eles podem expressar as suas dificuldades..’

4.2.9. – Satisfação dos usuários :

Embora os gestores não tenham mencionado a adoção de instrumentos de avaliação nesse sentido, o sentimento dos mesmos pode ser avaliado nas seguintes expressões:

“.. ótimo..”

“.. não temos reclamações, mas reclamam das filas.

“.. em geral gostam do atendimento, mas reclamam das filas..”

“.. ainda não posso mensurar. Não tenho meios para obter a resposta da comunidade..”

“.. acho que temos qualidade...mas a demanda ainda é maior do que a oferta..’

“.. bom..”

“.. parecem satisfeitos, mas só se abrem vagas depois de altas..’.

“.. é bom..’.

“.. a satisfação do usuário é diferente de um bairro para o outro..”.

“.. mão é satisfatório, mas não existe , por exemplo via Conselho Municipal de Saúde, nenhuma reclamação..”.

4.2.10 — Estrutura tecnológica :

Quanto a este aspecto, os gestores produziram as seguintes expressões indicativas:

“.. trocamos alguns equipamentos e estamos trabalhando com a biossegurança..”

“.. a rede está super bem, exceto o Posto que foi herdado do Estado..”

“.. estão bem estruturados..”

“.. estamos tentando ser compatíveis com os particulares..”

“.. temos amalgamador, fotopolimerizador e estamos tentando a autoclave..”

“.. temos amalgamador, instrumental em abundância, mas não temos fotopolimerizador, mas o material não falta...”

“.. só temos autoclave, mas no mais temos todos os outros aparelhos..”

“.. eu diria que está regular, mas pode melhorar..”

“.. completa, 24 horas. Dentro do hospital com Odontologia..”

“.. temos o básico, como amalgamador, fotopolimerizador, falta autoclave...”

4.2.11 – As dificuldades :

Em 100% aparece como grande dificuldade, a questão do recurso, ou seja do financiamento da saúde.

Mas esta não é a única questão. Outras questões que aparecem referem-se a burocracia, a falta de liderança institucional da Odontologia, a falta quantitativa de recursos humanos, a falta de preparo dos recursos humanos existentes, a dificuldade em gerenciar colegas, a multiplicidade de atividades deste gestor.

Para além do financiamento, que aparece como uma dificuldade unânime, são transcritos as falas dos gestores, como segue:

“.. a dificuldade maior, não é o meu caso, mas a grande dificuldade é que o Secretário da Saúde é médico, e o Dentista fica relegado a segundo plano, mas normalmente, como foi o caso de meu antecessor teve esse conflito...”

“.. As dificuldades são básicas de repasse de verba, de atraso, de encaminhamento das soluções, sentimos a falta de uma equipe trabalhando para pensar em saúde pública..”

“.. as dificuldade são de conseguir materiais, falta de recursos humanos, pois alguns se aposentaram e não se consegue repor ; falta Auxiliar de Consultório Dentário, falta Técnico em Higiene Dental, faltam insumos, uma vez que da verba do PAB a Odontologia não é contemplada especificamente..”

“..as dificuldades básicas são os recursos, questão econômica. Ai pode até faltar instrumental e material, o que emperra é o processo de licitação..”

“.. a principal é lidar com as pessoas... cada uma tem uma opinião diferente. Conseguimos normatizar tudo, tudo que possa mudar nas Unidades que são diferentes até no público (nos usuários) e outra dificuldade é recursos financeiros. Ai para conseguir motivação, ou não concorda em fazer alguma coisa ou outra..”

“.. o trabalho junto a Vigilância da Saúde nos ajudaria a reduzir o CPOD...”

“.. A maior dificuldade para mim foi ter sido jogada no cargo de coordenadora sem o preparo para isso. Então eu posso responder perfeitamente bem como Cirurgião Dentista, mas como coordenadora de um grupo de Dentistas, de uma política, que eu não tinha conhecimento, que eu precisei estudar e estou estudando, para fazer da

melhor forma possível essa minha atuação...eu tenho me dedicado como posso. Peço ajuda, sou humilde, por isso então minhas dificuldades são muitas. Entre outras dificuldades, eu vejo ainda que, infelizmente os professores, não os diretores das Escolas, não estão preparados para o programa de saúde oral no Município, apesar de que dentro do programa uma das nossas prioridades é a de a cada início de semestre fazermos uma reunião com os professores nas escolas para explicar o porquê de nossa investida em suas escolas, uma vez que entramos nas salas de aula para distribuir escovas dentais e creme dental com flúor e pedimos a elas que nos auxiliem, pois sem a ajuda delas não conseguimos tocar esse programa...”

“.. em Recursos Humanos, estava sozinha, coordenando a política e não conseguia fazer tudo, pois se corria o risco de não conseguir fazer a avaliação intermediária e final..”

“.. a maior delas, diz respeito a recursos, eu tenho que andar com o meu carro. A outra é a falta de recursos para adquirir materiais, é muita burocracia, mas eu acho que em todos os municípios é assim... eu tenho que fazer um planejamento bem antecipado e como estou entrando agora eu não sei como fazer... precisaria de um RX..”

“..não temos dificuldades...”.

É interessante a condição de um município que na gestão da Odontologia, contava não com um gestor, mas com um consultor, que comparecia ao município...”quando precisava..”. Responde por esta Odontologia, no dia a dia,

um recursos humanos sem formação superior em Odontologia.... e para esse Município, “não existem dificuldades...”

4.2.12 . – Os êxitos:

De um modo geral, os êxitos, referem-se a melhorias na estrutura física e ampliação da cobertura no atendimento odontológico, principalmente , em relação ao método clínico

Também destacam como êxito, o próprio trânsito político do gestor entre os colegas.

Na leitura dos gestores, os seguintes itens aparecem como sendo importantes:

- qualificação dos recursos humanos e físicos;
- implementação de programas de educação;
- apoio de colegas e da Secretária(o) de Saúde;
- esterilização do material;
- biossegurança;
- trabalho preventivo nas creches;
- assistência técnica;
- aumento do número de Auxiliar de Consultório Dentário;
- atendimento para adultos;

Algumas das expressões indicadoras;

“.. a maneira mais participativa, diálogo com o grupo...”

“.. que se reúne para discutir suas dificuldades..., trabalhos preventivos nas creches, núcleos e escolas..”

“.. algumas conquistas foram obtidas no plano da estrutura como a assistência técnica..”

“..eles me dão sugestões, me ajudam..”

“.. dar mais condições para os Dentistas trabalharem..”

“.. manter a equipe unida.. todo o final de ano é feita a eleição de quem se prontifica a ser coordenador e ai os colegas elegem...”.

4.2.13. – Perspectivas para a implementação da gestão democrática do S.U.S.

Na opinião dos gestores, as perspectivas para a implementação da gestão democrática do S.U.S. são abordadas da seguinte maneira;

“.. a Odontologia não tem grandes problemas, mas o importante é integrar a equipe e dar condições de trabalho, as dificuldades são superadas. A gente vê nos módulos, onde tem equipe, os problemas são superados...”.

“.. a prática do município é democrática , participante, são transparentes e não existe nenhuma ação sobre os princípios do S.U.S., não somos do S.U.S., mas não cobramos no hospital por fora, tudo é pago pelo município...”.

“.. olha, o que a gente tem feito na Odontologia com a municipalização solidária... agente sempre tem reunião com os dentistas e com os auxiliares (mensal) onde todos devem participar para definir o que a Odontologia deve enviar de projeto para conseguir uma parcela....não está sendo imposto, assim hoje vamos definir esses recursos para isso ou para aquilo, é discutido...tanto que agora começamos com o atendimento de pacientes especiais e com a verba da municipalização conseguimos o hospital para tal atendimento... além disso temos o atendimento das crianças, das gestantes e dos diabéticos, ou seja a Odontologia integrada as demais atividades da Secretaria de Saúde...”

“.. acho que é isto, integrar...”

“.. nós trabalhamos com o controle social, não existe um representante no Conselho Municipal de Saúde que represente a Odontologia, mas ela é parte da saúde e participa com certeza... eu acho que as perspectivas são boas para que se amplie esse implementação, ou seja, a gestão democrática...”

“ olha, nós temos um Conselho Municipal de Saúde bem atuante, pessoas com vontade, quanto mais chegar na gestão democrática, mais irá melhorar... a saúde deve ser decidida pela representação...”

“.. as perspectivas são boas, desde que haja continuidade no trabalho, as metas não podem ser quebradas, nos temos que partir do básico, da estruturação até a parte do planejamento...”

“.. as perspectivas são boas, mas sempre avaliando os erros, ouvindo sempre a parceria do controle social , Conselho Municipal de Saúde...”

“.. há excelentes perspectivas..”

“.. acho que são boas..”.

As informações recolhidas da fala dos gestores, permitem realizar algumas inferências:

- a) – os gestores não tem formação específica em Saúde Pública ou Odontologia de Saúde Bucal Coletiva;
- b) - parece não haver um planejamento que defina Método Clínico e Coletivo de intervenção, de forma articulada no Município;
- c) – os Municípios carecem do estabelecimento e formulação de políticas públicas na área da Odontologia, bem como, de sua inserção no plano municipal de saúde;
- d) – o financiamento da saúde é um problema grave;
- e) – a falta de recursos humanos auxiliares em Odontologia é uma realidade;
- f) – a Odontologia sofre a falta de liderança institucional;
- g) – o papel do Cirurgião Dentista de Saúde Pública (sanitarista) não está definido, quanto as habilidades requeridas, segundo a ótica do gestor;
- f) – a prática da Odontologia de Saúde Pública não modificou com a Reforma Sanitária e com o S.U.S., apresenta ênfase em determinado tipo de método clínico, a prioridade para atendimento continua sendo para a população de escolares e pré escolares.

5. DISCUSSÃO

Em função dos resultados obtidos a discussão do estudo será construída a partir dos seguintes eixos:

- a) capacitação dos gestores
- b) descompasso entre teoria e prática do S.U.S.
- c) falta de liderança setorial da Odontologia.

5.1. - Capacitação dos gestores

Ao definir-se na fase inicial da pesquisa, as questões para serem propostas aos gestores, buscou-se fazê-lo em função do marco conceitual da Reforma Sanitária, que pretendeu fundar a prática do Sistema Único.

Trabalhou-se como conceito de que o S.U.S. *“representa a dimensão institucional de um projeto mais amplo – a Reforma Sanitária. Esta não se define no caso brasileiro, como programa de governo ou mesmo política social do Estado. Não se reduz a uma reforma administrativa do Estado ou de sua burocracia. A Reforma Sanitária Brasileira é um projeto político cultural nascido da sociedade civil, no interior dos movimentos sociais pela democratização da saúde”*. (PAIM, 1996) A análise do discurso dos gestores também foi realizada em função dos conceitos e princípios finalísticos * da Reforma Sanitária.

* terminologia utilizada por Paim (1996) referendo-se à integralidade, equidade, universalidade, democratização, efetividade e ética; também chamados de princípios da Reforma Sanitária.

Obviamente não estamos culpando os gestores, a partir de uma lógica avaliativa persecutória, mas afirmando que eles conferem visibilidade a uma situação muito crítica e real: a falta de capacitação específica na área da Odontologia de Saúde Pública, com uma linha de qualificação adequada às necessidades e à ética do Sistema Único de Saúde.

Porquê formar, capacitar gestores em Odontologia de Saúde Pública?

Na tentativa de responder a questão, tomamos emprestada uma linha de pensamento do curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais da FioCruz/ENSP(1998), que trata do assunto nos seguintes termos: *“até há bem poucos anos, esta pergunta não faria muito sentido. Em primeiro lugar, porque ninguém saberia definir com exatidão o que seria um gestor em saúde, pelo menos com a concepção que se dá à expressão nos dias atuais. E mais ainda, porque os gestores, ou dirigentes da saúde, não eram propriamente formados, mas sim escolhidos, indicados ou apontados, seja pela autoridade política ou pelos grupos de interesse. Isto contudo mudou muito. Com a implantação do S.U.S., particularmente com as Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996, aumentou intensamente a responsabilidade do dirigente municipal de saúde, que passou a ser denominado gestor. Esse acréscimo de responsabilidades, resultou em crescente necessidade de qualificação das pessoas que assumem estes cargos. Não bastava mais ser indicado ou representar grupos de interesse. A confiança política não deixou de ser fundamental, mas, além dela, passou a ser necessária também uma sólida competência de gestão”*.

Para sistematizar a reflexão que fundamenta a necessidade de qualificação do gestor, vamos nos permitir realizar uma breve análise do S.U.S., em função da gestão. Tem-se que a gestão *“é exercida por uma face administrativa, responsável pela manutenção da organização nos aspectos físicos, financeiros, públicos e contratuais. É a face burocrática do sistema. Dita de outra forma, é o componente jurídico/administrativo, no qual podem ser encontrados os princípios de municipalização, descentralização, controle social, relevância pública, gestão inter-governamental, universalização da atenção”*. (BRAGA JUNIOR, 1998)

Outro componente do S.U.S., é o que pode se chamar de componente ideológica/político. Sob este componente, abriga-se a questão ética do S.U.S., a publicização, o conceito amplo de saúde, a saúde como valor universal e não como mercadoria, a necessidade de um Estado democrático, o tipo de políticas sociais do estado, valores dos atores sociais envolvidos, principalmente os profissionais da área biomédica.

O terceiro componente do S.U.S., é o da prática de saúde ou do modelo de atenção.

É a face técnica do sistema, sob o qual estão a integralidade, a resolutividade ou resolubilidade, tornando estes dois últimos conceitos como sinônimos.

Como pode-se verificar, a Reforma Sanitária e o S.U.S. trouxeram modificações jurídica/administrativas, ideológica/conceituais e apregoavam uma prática de saúde modificada consentânea como todo o anterior. Portanto, foram definidas novas exigências para o trabalhador da saúde, em especial para o gestor.

O discurso dos gestores com os quais se trabalhou neste estudo, sinaliza que há problemas no componente administrativo, na prática de saúde, e no componente ideológico, com especificidade para a questão conceitual.

Não seria abusivo dizer que na realidade segundo os gestores ,falta planejamento, ou “um programa “ para ser fiel a terminologia que utilizaram.

De fato, falta um plano de saúde bucal que se insira no plano de saúde do município.

No cenário da gestão portanto, há uma dificuldade de explicitar objetivos.

Subjacente à falta de clareza de objetivos, está a questão dos resultados esperados e de avaliação. Esta última tem se mostrado crucial no setor público, pela sua inexistência. (ROCHA, 1999)

Valendo-nos de (MALIK, VENCINA NETO, 1994) que abordam o tema com maestria tem-se que quando não há clareza de objetivos e resultados a “*norma passa a imperar. Porém é a norma pela norma (o carterialismo dos controles) – o rito pelo rito, mas com grande capacidade de gerar asfixia na organização... o rito da peça orçamentária rígida que nada tem a ver com os programas; o rito das licitações, para os quais não interessa o que e por quanto comprasse. O rito dos concursos públicos totalmente alheios aos postos de trabalho*”.

Ainda sobre esta questão, MALIK e VENCINA NETO, registraram que “*devido ao império do rito sobre os objetivos da organização, gera-se uma grande inversão. O objetivo passa a ser o **poder sobre o rito**, ou seja, exercer o controle*

sobre o rito na obtenção dos fatores de produção é que gera reconhecimento na organização”.

Analisando a questão em uma linha de tempo, enquanto processo, tendo-se como marca histórica a Constituição de 1988, no qual o S.U.S. se concretiza juridicamente, tem-se que o sistema é jovem. Sua implantação é praticamente recente, com pouco mais de uma década, se comparada a reforma sanitária italiana, por exemplo, no qual também a reforma brasileira buscou inspiração.

Apesar de tudo ainda ser muito recente, e tendo em vista a envergadura das modificações necessárias, o que já pode se perceber é a necessidade de capacitação dos recursos humanos.

Até porque, se considera que o recurso humano, especificamente no caso, o gestor desempenha um papel estratégico na construção do S.U.S.

Tem-se uma situação bastante crítica: de um sistema que para operar ou seja, produzir saúde, necessita de um recurso humano habilitado, e de outro lado, a escassez qualitativa / quantitativa deste recurso.

Capacitar o recurso humano para atuar na coisa pública, em especial os gestores, requer *“uma construção no plano epistemológico do tempo em que se mobilizam vontades no âmbito da profissão para alimentar o pensamento e a ação”*. (PAIM, ALMEIDA FILHO, 1998)

Os distritos sanitários, o próprio município pode ser, e é um espaço pedagógico para capacitar o gestor em serviço, aproximando teoria e prática.

Assim, o que se busca são projetos de capacitação que proporcionem conhecimentos e domínio de métodos e técnicas de planejamento, administração, gerenciamento e avaliação dos serviços e ações de atenção a saúde bucal sob o prisma da resolutividade e integralidade.

5.2. - Descompasso entre teoria e prática do Sistema Único de Saúde.

Utilizando a fala dos gestores, quanto a prática da Odontologia de Saúde Pública, “tem-se a impressão de que nada mudou. Ou seja, a prática da Odontologia em Saúde Pública não mudou, sendo muito semelhante aquela de antes da Reforma Sanitária. Significa dizer: privilegia o método clínico de intervenção através de alguns procedimentos odontológicos oferecidos ao cidadão.

Assim, é oferecida atenção básica, que se traduz em exodontias, restaurações, profilaxias e urgências.

A prioridade continua sendo para Odontologia escolar e pré-escolar.

Em alguns casos agregam-se outros grupos populacionais como idosos e gestantes.

Quanto ao método coletivo, ele permanece reduzido à palestras e ações pontuais representados pelas campanhas ou pelas feiras de saúde. Portanto distanciada do conceito e da prática de construção da consciência sanitária do cidadão.

A integralidade da atenção, em função da articulação do método clínico e coletivo parece não existir.

Neste estudo, “*a integralidade é tida como uma disposição no sentido da busca e elaboração de práticas que superem as dicotomias entre preventivo/curativo; individualmente/coletivo; meios/fins e social/ambiental*”. (CAMPOS, 1994) A integralidade também relaciona-se com a organização regionalizada, os distritos sanitários enquanto células operacionais do S.U.S.

Assim, na prática da Odontologia de Saúde Pública, percebe-se que o conceito de integralidade não foi assimilado.

Por outro lado verifica-se a incorporação no método clínico de práticas formuladas por algumas disciplinas, principalmente a cariologia, proporcionando algum tipo de mudança, como o uso do flúor por exemplo.

Sobre outras patologias odontológicas que são tidos como problemas de saúde pública, há um vazio sobre formas de enfrentamento no método clínico de intervenção.

Quais seriam os critérios da boa prática em Odontologia de Saúde Pública tendo em vista de a resolutividade e a integralidade da atenção?

Nos socorremos de Gastão (CAMPOS, 1994) para responder... “*a instituição de uma nova ética em saúde depende da generalização de um novo estatuto para o ser humano, para o fazer-se sujeito*”. Assim, a boa prática em saúde pública, implica em incluir entre os objetivos da cura e entre os da ação sanitária coletiva, o tema da construção de taxas progressivas de autonomia dos pacientes e das comunidades. O que exigiria atores dispostos a repensar os saberes e as práticas das profissões e das instituições.

Combinando o natural - biológico, ao valorativo - social...; quanto ao modelo de atenção, quanto a prática médica, é preciso retomar a dimensão técnica, resolutiva para que não nos percamos em um par de boas intenções discursivas.

Ainda quanto ao método clínico, não serve à boa prática, a clínica que *“refugia-se no positivismo biológico, no fetichismo dos meios e dos instrumentos tecnológicos, sem pagar o preço da diminuição da própria eficácia e sem liquidar com o sujeito da cura”*. (CAMPOS, 1994)

As dificuldades apontadas pelos gestores encaminham a questão no sentido de que falta clareza a Odontologia de Saúde Pública, quanto a seu que fazer (tanto no método clínico quanto coletivo) bem como, faltam modificações estruturais e conjunturais que possibilitem um que fazer consentâneo com o espírito da reforma.

Sinaliza-se para o distanciamento entre teoria e prática do sistema.

A teoria da reforma, em sua essência não foi absorvida pelo recurso humano do setor. Portanto, é preciso capacitar, abrir espaços pedagógicos, que sejam dialógicos e criativos.

Ainda quanto ao descompasso entre teoria e prática do S.U.S., convém abordar a questão da desprofissionalização, dupla militância e compromisso público dos gestores, pois essas são questões que também afetam a população estudada nesta pesquisa.

Quanto a desprofissionalização, ou seja, a falta de qualificação específica, “uma das maneiras de ascender a um cargo gerencial é destacar-se como um **bom técnico** (o grifo é nosso) em sua área específica e também o caminho mais curto para se

perder um bom técnico e ganhar um mau gerente; quanto a dupla militância, tem-se que o gerente público usualmente não trabalha só na organização pública, mas muitas vezes trabalha no setor privado o que acaba por gerar uma série de conflitos internos no processo decisório; em relação ao compromisso público, esta característica talvez seja uma das mais importantes de um gerente público. No entanto, se este assumiu o cargo via clientelismo e/ou tem dupla militância, seu nível de compromisso será inexistente” (VENCINA NETO, MALIK, 1994)

Outro aspecto que resulta interessante mencionar é o componente ideológico no discurso dos gestores. Nesse sentido, parecem não haver grandes dificuldades, tanto é que há um certo otimismo quanto as perspectivas do Sistema Único. Este fato de certo modo, ilumina um pouco a questão. Porque é mais fácil construir atores comprometidos, quando não existe uma impermeabilidade ao aprendizado, cuja origem seja a questão ideológica.

5.3 – A falta de liderança setorial da Odontologia

Entenda-se por liderança setorial em saúde o que (PAIM, ALMEIDA FILHO, 1998), descrevem quando abordam os propósitos básicos das novas instituições acadêmicas, referendo-se às Escolas de Saúde Pública...” *liderança setorial em saúde significa a capacidade de transformar a saúde no referencial básico para a formulação de todas as outras políticas públicas. A política de saúde condicionaria, em grande parte, não só comportamentos individuais, mas também ações coletivas,*

sociais e políticas. A liderança institucional é definida como a capacidade que possui uma organização de irradiar valores, gerar conhecimento e promover compromissos com esses valores, por parte da população e de outras organizações. Uma organização líder, produz diferenças fundamentais na comunidade..”

Ainda parafraseando PAIM, ALMEIDA FILHO, 1998) “*Capacitar-se para a liderança é, portanto, um produto de aquisição de novos valores e habilidades, como o desenvolvimento de novos significados da missão e da filosofia institucionais. Como o objetivo da liderança é promover compromissos públicos com ideais básicos, o setor ou a instituição se reconhece não só pela qualidade de suas ações, mas principalmente pelo compromisso que gera nos setores, instituições ou atores que lideram. Ou seja, é disso que se ressentem os gestores quando referem que “o secretário é médico”, “a Odontologia não é valorizada” e outras manifestações do mesmo teor.*

Esta é uma questão cuja resolução passa pela via política, assim como a valorização dos trabalhadores da área da saúde, enquanto “aliados históricos”. Assim, concordar com PAIM (1998) quando afirma: “apostar no S.U.S. garantido pelo respeito a lei, a democracia e a cidadania, tal como concebido pela Reforma Sanitária Brasileira ou pelas reatualizações de seu processo preservando as diretrizes básicas do seu projeto, parece-nos imperativo ético de uma política de saúde que valorize a vida e que tenha os médicos e demais trabalhadores de saúde como seus aliados históricos”.

Na construção do S.U.S. democrático, tudo que se fizer a favor de uma resposta sanitária resolutiva e de integralidade será bem vinda para os atores sociais comprometidos com a doutrina da Reforma sanitária dentre os quais se insere a autora deste estudo.

6. CONCLUSÃO

Aceitando a premissa de que o recurso humano, em especial o gestor é um recurso estratégico para o sistema público, tem-se que:

- o estudo sinaliza que os gestores encontram dificuldades relacionadas ao componente jurídico/administrativo; ideológico/conceitual e no tipo de prática de saúde do sistema Único de Saúde;
- de uma forma geral os gestores são otimistas quanto às perspectivas do Sistema Único de Saúde, havendo uma **disposição** para acertar, para conduzir bem as funções de gestão;
- existe a necessidade de oferecer capacitação ao recurso humano do setor público, em especial aos gestores, utilizando o município como “locus pedagógico”, de uma formação que use a teoria da reforma para discutir e resolver os problemas de cada município;
- o tempo é um fator estratégico, na medida em que quanto mais agilmente se prepara o recurso humano, mais aumentam as chances de reaproximar teoria e prática do S.U.S., ou seja, de conferir ao sistema uma consequência sanitária resolutive;
- a profissionalização do gestor, o compromisso público e a eliminação da dupla militância são aspectos que deveriam ser levados em conta na formação do gestor;

- o descompasso entre teoria e prática do S.U.S. é um fator extremamente crítico e a capacitação dos gestores e do recurso humano é uma das facetas a serem abordadas para minimizar a questão;
- a questão do gestor em Odontologia é estratégica à construção do S.U.S.

7. ANEXOS

Anexo A. Considerações de natureza ética

- Termo de Consentimento Informado

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

MESTRADO EM ODONTOLOGIA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE BUCAL COLETIVA

Prezado Senhor(a):

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo identificar e descrever possíveis dificuldades e também quais são as perspectivas dos gestores de Porto Alegre e de algumas cidades vizinhas.

Cada profissional será entrevistado e da gravação resultará uma narrativa a partir de seu relato.

Esta entrevista será de uso exclusivo para fins desta pesquisa, sendo garantido o anonimato da(o) entrevistada(o).

Sua participação será voluntária, não havendo nenhum tipo de remuneração por sua aceitação nesta pesquisa.

Assinatura da(o) entrevistada(o) :

Assinatura da pesquisadora :

Assinatura da orientadora :

Local e data: Porto Alegre,

Anexo B. Roteiro para entrevista

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

MESTRADO EM ODONTOLOGIA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE BUCAL COLETIVA

Nome do Município:.....

PARTE I - Identificação

Nome do Coordenador de Saúde Bucal:.....

Idade:.....

Formação Profissional:.....

Forma de ingresso no Setor Público:.....

Tempo de atuação:..... Horas contratadas para o Setor Público:.....

PARTE II – Roteiro

- 1) Que tipo de atenção odontológica o seu município oferece aos munícipes?
- 2) Como você qualifica o método clínico de intervenção de seu município: quanto a resolatividade e quanto a integralidade?
- 3) De que maneira o seu município desenvolve o método coletivo de atenção odontológica?
- 4) Há recursos humanos auxiliares em odontologia (ACD e THD) efetivamente participando do método clínico de intervenção? Se há, justifique:
- 5) Em que etapa de implementação do SUS se encontra o seu município?
- 6) Participação da Odontologia no Conselho Municipal de Saúde?
- 7) Como o seu município é representado nas comissões intergestoras?
- 8) O que teria a dizer sobre o grau de satisfação dos odontólogos da rede de seu município?
- 9) O que poderia dizer sobre o grau de satisfação dos usuários do serviço odontológico?
- 10) Como está estruturada tecnologicamente a rede de consultórios odontológicos para que efetivamente se realize o método clínico de intervenção?

- 11) Você pode destacar suas dificuldades no exercício do mesmo?

- 12) Você pode destacar seus êxitos no exercício do cargo de Coordenador da odontologia deste município?

- 13) Que perspectivas você aponta para a implementação da gestão democrática do SUS?

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C.G.J. de; LISBOA, C. A. **Distritos sanitários: concepção e organização.** São Paulo: IDS, NAMH/FSP, USP, 1998. (Saúde & Cidadania, 1).

BARBOSA, Swedenberger. **Cidadania, saúde bucal e o S.U.S. Saúde em Debate,** Brasília,v.39,n.1,p.70-71, junho de 1993.

BERCHT, SOLANGE M. **O câncer de boca sob o modelo odontológico hegemônico.** Niterói: U.F.Fluminense, 1994; 102p. Tese (Doutorado em Odontologia Social) Fac.Odontologia, U.F.Fluminense, 1994.

BRAGA, JUNIOR, **Relações de trabalho: conflito, eficiência e democracia. A negociação como instrumento de gestão no S.U.S.** Revista da Associação de Saúde Pública, Piauí, 1 (2): 133-136, julho/dezembro, 1998.

BRASIL, CONSTITUIÇÃO, 1988 – **Constituição República Federativa do Brasil.** Brasília, Senado Federal, 1988.

BRASIL, LEIS, etc **Decreto n.º 1232** de 30 de agosto de 1994: dispõe sobre a transferência regular de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Estados, municípios e Distrito Federal.

BRASIL, LEIS, etc. **Lei n.º 8080** de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e financiamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990, pp.18055-18059.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A municipalização é o caminho**. In IX CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE. Brasília; 1992.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE . **Norma operacional básica – SUS/96**. Brasília; SUS,1996: portaria GM/MS 06.11.96.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma operacional básica INAMPS n.º 1/91**. Resolução nº 273/91. Diário Oficial da União de 18 de julho de 1991, Brasília, pp.14216-14219.

BRASIL. Portaria n.º 234/92, de 02/92, que define a **Norma Operacional Básica 91**, Diário oficial da republica federativa do Brasil. Brasília, 1992.

CAMPOS, G.W. de S. **A ética e os trabalhadores de saúde: Revista Saúde em Debate**, Londrina, v.43, p. 60-63, junho 1994.

CAMPOS, G.W. de S. **Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde – elementos para debate**. In: CAMPOS ,G.W. de S.; MEHRY, E.E. ; NUNES, E.D. – **planejamento sem normas** – São Paulo: Hucitec, 1989.

CAMPOS, G. W. de S. **Recursos humanos na saúde: fator produção e sujeitos sociais no processo da Reforma Sanitária no Brasil**, Op. cit.;1989.

CAMPOS, G. W. de S. **Modelos de atenção em saúde pública – um modo mutante de fazer saúde : Revista Saúde em Debate**, Brasília, v. 37, p.16-19 Dezembro 1992.

CECILIO, L.C. et al. **Inventando a mudança na saúde**, São Paulo, Hucitec,1994.

CHAVES, Mário **Odontologia social**, São Paulo ,Labor 1977.

CHIAVENATO, I. **Administração teoria, processo e prática**, São Paulo Mac Graw-Hill, 1985.

COHN, A . ; ELIAS, E.Paulo **Saúde no Brasil Políticas e organização de serviços** – São Paulo Cortez – 3.ed. 1995.

COHN, A.; ELIAS E. Paulo ; JACOBI, Pedro **Participação popular Revista Saúde em Debate**, Brasília, Março, v.38, p. 90-93, Brasília, 1993.

CORTEZ, S.M.V. **Técnicas de análise qualitativa de dados.** Porto Alegre, Cadernos de sociologia UFRGS, n.9, p. 11-47.

DRUCKER,P. ; **Administração: tarefas, responsabilidades e práticas**, São Paulo: Pioneira, 1975.

FERREIRA, A. G., **O processo de municipalização da saúde.** p.267-278. Mimeo.s.d.

FLEURY, Teixeira S. (org.) **Reforma sanitária : em busca de uma teoria .** 2.ed. São Paulo ,Cortez,1995.

FREITAS, S. F. T. DE , **Políticas de formação de recursos humanos em programas comunitários de saúde bucal: Revista Saúde em Debate**, Brasília, v.40, p. 43-47, setembro, 1993.

FIOCRUZ, Brasília: **Gestão em saúde:** Curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância, Rio de Janeiro: UNB, 1998, unidade IIIª, 203 p.

GOULART, F. R. **Municipalização veredas : caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil.** Brasília : CONASEMS, 1995.

HAMPTON, D.R. **Administração contemporânea** – 3.ed. São Paulo : Mac Graw-Hill, 1992.

KASPER,E. **Gestão de serviços odontológicos: uma proposta.** In: BORDIN, R.; FACHIN,R.C.; KLIERING,L.R.; GOLDIM,J.R. (organizadores) *Práticas de gestão em saúde: em busca da qualidade.* Cap.9, p.119-125 (da autora).

LAVILLE,C., DIONNE,J. **A construção do saber: Manual de Metodologia da Pesquisa em Ciências Humanas.** Porto Alegre: Artmed,1999.

MALIK, A. M., **Qualidade em serviço de saúde no setores público e privado.** Cadernos Fundep: São Paulo: n.º 15, p.7-12, 01-04/96.

MATUS, C. **Planejamento estratégico e situacional .** São Paulo : Cortez, 1989.

MEHRY, E.E.; ONOCKO (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** – **Revista Saúde em Debate**, v. 108. – São Paulo, Hucitec, 1997.

MENDES, E.V. **O processo de construção do S.U.S. : reflexões sobre uma agenda mínima para a Reforma Sanitária** . Bogotá: OPAS,1992. mimeo.

MENDES, E.V. **Distrito sanitário : o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS.** São Paulo : ABRASCO/ Hucitec,1993.

MENDES,E.V. **A produção de conhecimentos para a prática odontológica da América Latina** . In Conferência de Faculdades e Escolas de Odontologia da América Latina, 1 , 1987.

MOTTA, P.R. **Análisis gerencial de los sistemas de salud.** : Washington: OPAS,1983 (Publicación científica,449).

MULLER NETO, J.S. **Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores.** **Revista Saúde em Debate**, Brasília ,v. 31, 54-66, 1991.

NETO,G.V., ; MALIK, A . M. **Alternativas para a gestão pública da função saúde** – **Revista Saúde em Debate**, Brasília, V.41, P.30-33, dezembro,1994.

OLABUÉNAGA, J.I.R., **Metodología de la investigación cualitativa**. 2 ed. Bilbao: Universidad de Deusto, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE . **Série HSP : UNI/Manuais operativos** , Brasília, 1991 .

OLIVEIRA, D.P. REBOUÇAS DE **Planejamento estratégico, conceitos, metodologia e prática** . 11 ed., Atlas : São Paulo, 1997.

PAIM, J.S.; ALMEIDA, FILHO NETO; **Saúde coletiva, uma nova saúde pública: Revista saúde pública**, v.32, p. 299-316, 1998.

PAIM, J.S. **O S.U.S. no Ensino médico: retórica ou realidade?** **Revista Divulgação**, São Paulo, v. 14, p.56-65, ago.1996.

ROCHA, C., **Estudo do abandono do tratamento odontológico em um serviço público de Porto Alegre: Centro de Saúde Murialdo**. Dissertação de Mestrado: Fac. Odontologia UFRGS, 1999.

SERRANO, M.G.P., **Investigación, accion: aplicaciones al campo social y educativo**. Madrid: Dykinson, 1990.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S.R.L.; FERREIRA, J.H.G. – **Planejamento em saúde**, São Paulo: IDS,NAMH/FSP/USP, 1998 (Saúde e Cidadania, 2).

TAYLOR,S.J.: BOGDAN,R. **Introducción a los métodos cualitativos de investigación**. Barcelona: Paidós, 1998.

TEIXEIRA, C.F. **Planejamento e programação situacional em distritos sanitários: metodologia e organização**. In VILAÇA,E. (org.) **Distrito sanitário. O processo social de mudanças das práticas sanitárias do SUS**. São Paulo: Hucitec/Abrasco,1993.

9. SUMMARY

The present study focus the public management both on its difficulties and its perspective. The goal is to identify and describe the existence or not of difficulties and which are the perspectives in promoting the exercise of the referred administration. It has counted with the participation of ten persons – dental managers – who has been working in Porto Alegre and surrounding towns. It was used content analysis method of thematic characteristic which was validated by the triangulation technique. This method is appropriated to qualitative studies. The research concludes that the managers` difficulties are related to both legal/ administrative aspects and ideological/ conceptual aspects as well as to the kind of health practice of the Brazilian System of Health (S.U.S.). The managers are optimistic in relation to S.U.S. perspectives and there is also a disposition in making a good job and having the best performance as managers. The research discloses the need offering the right qualification to the public sector human resource. In this sense, the “locus” of the pedagogic formation is the municipality itself.

