LINCOLN LUCIANO DA SILVA

COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DO CIRURGIÃO DENTISTA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Dissertação apresentada no Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, da Universidade do Vale do Itajaí, para obtenção do título de Mestre - Área de concentração em Saúde da Família.
Orientadora: Professora Dra. Gladys Amélia Vélez Benito.

Itajaí (SC)

2005

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

LINCOLN LUCIANO DA SILVA

COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DO CIRURGIÃO DENTISTA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Esta dissertação foi considerada aprovada ao seu término final pelo Programa de Pós-Graduação no curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho para obtenção do título de Mestre em Saúde - Área de Concentração: Saúde da Família.

Itajaí (SC), 15 de abril de 2005.

Agueda Lenita Pereira Wendhausen
UNIVALI - Coordenadora do Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho

Gladys Amélia Vélez Benito
UNIVALI - Presidente/ orientadora

Rosita Saupe
UNIVALI – membro da banca

Antônio de Miranda Wosny
UFSC – membro da banca

João Carlos Caetano
UNIVALI – membro da banca

Dedico este trabalho
às pessoas que me ensinaram
os princípios mais nobres da vida,
meus Pais.

AGRADECIMENTOS

A Deus, o maior mestre.

À Professora Doutora Gladys Benito, pela força, confiança, incentivo e oportunidade de compartilhar seus conhecimentos.

À Coordenadora do Curso de mestrado, Professora Doutora Agueda Lenita P. Wendhausen, pela dedicação aos mestrandos.

À querida Professora Doutora Rosita Saupe, com carinho.

Ao Professor Doutor Antônio de Miranda Wosny, pelas suas sugestões.

Aos meus colegas de mestrado, pela troca de experiências profissionais e de vida.

À Rosélia, pela atenção dispensada durante a realização do curso de mestrado.

À Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, especialmente ao Secretário Municipal de Saúde Michele Caputo Neto e à Superintendente Edimara Fait Seegmüller pela confiança e apoio.

Ester Fogel Paciornik e Elisete Maria Ribeiro, pelo incentivo a minha formação.

Aos colegas de profissão, dentistas da Prefeitura Municipal de Curitiba, agradeço pela colaboração.

Maria Inês e Sara Jane, pela paciência, força e dedicação no trabalho na Unidade Saúde Caximba.

Simone Felippetto, minha amiga, colega de curso e companheira de estrada.

À minha irmã Simone da Silva Medina, pelas sugestões na minha vida acadêmica.

Aos meus amigos Toni, Silvano e Antônio, simplesmente por serem meus amigos.

Saúde é construída e vivenciada pelas pessoas
nos ambientes de sua vida cotidiana
Organização Mundial da Saúde/OTTAWA

SILVA, Lincoln Luciano da, **Competências gerenciais do cirurgião dentista do Programa Saúde da Família na consolidação do Sistema Único de Saúde.** 2005. 121 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho)- Universidade do Vale do Itajaí. SC.

RESUMO

Na busca da reorganização assistencial em saúde pública e visando o atendimento ao individuo no seu contexto familiar, o Ministério da Saúde em 1994 propôs uma estratégia que garanta a universalidade, integralidade, igualdade e a divulgação de informações e serviços à população, esta estratégia chama-se Programa Saúde da Família. Espera-se dos integrantes da Equipe de Saúde da Família uma boa qualificação para serem resolutivos em relação aos problemas de saúde, organizados nas atividades de planejamento local quanto à assistência, vigilância e promoção à saúde e que trabalhem com espírito de equipe. Com a inserção da Equipe de Saúde Bucal na Equipe de Saúde da Família, em 2000, os cirurgiões dentistas precisam estar preparados para atuarem neste novo contexto. Sabe-se que a gerência, quando fundamentada em competências, resulta em um conjunto de mudanças, promovendo maior responsabilidade e desempenho no seu trabalho. O Sistema Único de Saúde tem obtido melhores resultados nos municípios que investiram no desenvolvimento de sua capacidade gerencial nos níveis central, distrital e local. Sendo assim planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde tornam-se necessários para o cumprimento do seu papel gerencial. Os objetivos deste trabalho foram identificar, mapear e analisar os conhecimentos, habilidades e atitudes requeridos para as competências gerenciais do cirurgião dentista do Programa Saúde da Família na perspectiva de consolidação do Sistema Único de Saúde. A abordagem metodológica foi quantitativa e qualitativa. A abordagem quantitativa parte do modelo originário na *University of North Carolina* utilizada na avaliação de programas e a abordagem qualitativa se deu através da análise de conteúdo de entrevistas semi-estruturadas. Como resultados todas as competências foram consideradas relevantes pelos entrevistados. Algumas competências foram destacadas e a atitude foi considerada como o mais importante componente dentro das competências gerenciais do cirurgião dentista que atua no Programa Saúde da Família. Acredita-se que esta pesquisa possa contribuir como uma ferramenta de transformação nas práticas odontológicas e servir como uma proposta de apoio à educação permanente nos Serviços de Saúde. Esta pesquisa também pode contribuir com os cursos de Odontologia, direcionando a uma formação visando atender as necessidades atuais do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Competências, Gerenciamento, Saúde da Família, Odontologia.

SILVA, Lincoln Luciano da, M**anagement Competence for the Family's Health program for the consolidation of the dentists in Public System of Health.** 2005. 121 f. Dissertation (Professionalizing Master's Degree in Health and Work's Management) – Universidade do Vale do Itajaí. SC.

SUMMARY

Looking for an assistencial reorganization in the public health and aiming at the attention to the person in its familiar context, the Public Health Department ,in 1994, considered a strategy that should guarantee the universality, completeness, equality and the spreading of information and services to the population, this strategy calls Family's Health Program. The hopeness from the workers of the Family's health program is that they have a good qualification to be resolutive with health's problem, organized with the local planning activities, for a good assistance, monitoring and make a health promotion, and that they work like a team. With the insertion of the buccal's health team in the Family's health program, in 2000, the dentists must be prepared to act like this new context. We know that management when based on competences results in a set of changes, creating responsibilities and performances in their work. The Public health's System has gotten better results in the cities that had invested in the development of management studies in the central, district and local levels. Like this to plan, organize, control and to analize the actions and services of health to become essential for the performance of constitutional paper. The objectives of this work are to identify, to map and to analyze the knowledge, abilities and attitudes required for the management of deintists's abilities for the Family's Health Program in the consolidation of the Public Health's System. The method used will be a quantitative and qualitative method. The quantitative approach part of the originary model in the University of North Carolina, used in the evoluation of programs and the qualitative approach will be given through analysis of content of half-structuralized interviews. As results all the abilities had been considered excellent by the interviewed ones. Some abilities had been detached and the attitude was considered as, the most important component inside of the managemental abilities of the dentist, who will act in the Family's health Program. It can believe that this research can give a contribution as a tool for the transformation in odontologic practical and as a proposal of support to the permanent education in the Public Health Service. This research can also contribute for the Odontology courses, directing the formation with a real vison to the several necessities of the Public Health System.

Word-key: Abilities, Management, Family's health, Odontology.

SILVA, Lincoln Luciano da, **Competencias gerenciales del cirujano dentista del Programa Salud de la Familia en la consolidación del Sistema Único de Salud.** 2005. 121 f. Disertación (Maestría Profesionalizarse en Salud y Gestión del Trabajo) – Universidade do Vale do Itajaí. SC.

RESUMÉN

En la busca de reorganización asistencial en la salud publica y enfocando la atendencia del individuo en su contexto familiar, el Ministerio de la salud en 1994 propone una estrategia que garantiza a la universalidad, integridad, igualdad y la divulgación de informaciones y servicios a la población, esta estrategia se llama Programa de salud de la Familia. Se espera que los integrantes del Equipo de Salud de la Familia tengan una buena calificación para que resuelvan los problemas de salud, organizados en las actividades de planeación local cuanto a la asistencia, vigilancia y promoción de la salud y que trabajen con un espíritu de equipo. Con la inclusión de un equipo de Salud Bucal en el equipo de Salud de la Familia, en el 2000, los cirujanos dentistas deben estar preparados para actuar en este nuevo contexto. Se sabe que la gerencia cuando fundamentada en competencias resulta en un conjunto de cambios promoviendo mayor responsabilidad y desempeño en su trabajo. El Sistema Único de Salud ha obtenido mejores resultados en los municipios que invirtieron en el desarrollo de su capacidad gerencial en los niveles central, de distrito y local. Planear, organizar controlar y avaluar las acciones y servicios de salud tornan-se necesarios condición necesaria para el cumplimiento de su papel constitucional. Los objetivos de este trabajo son identificar mapear y analizar los conocimientos, habilidades y actitudes requeridos para las competencias gerenciales del cirujano dentista del Programa Salud de la Familia en la consolidación del Sistema Único de Salud. El abordaje metodológico será un abordaje cuantitativo y cualitativo. El abordaje cuantitativo parte del modelo originado en la University of North Carolina que utiliza en la evaluación de programas y la abordaje cualitativa se dará a través de la analice del contenido de las entrevistas medio-estructuradas. Como resultados todas las competencias fueron consideradas relevantes por los entrevistados. Algunas competencias fueron destacadas y la actitud fue considerada como la más importante componente dentro de las competencias gerenciales del cirujano dentista que actúa el programa de Salud de la Familia. Se cree que esta investigación pueda contribuir como herramienta de transformación en las prácticas odontológicas y como una propuesta de apoyo a la educación permanente en los servicios de Salud. Esta investigación también puede contribuir con los cursos de Odontología, para una formación profesional que atienda las necesidades actuales del Sistema de Único de Salud.

Palabras llaves: Competencias, Gerencias, Salud de la Familia, Odontología

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – ÁRVORE DAS COMPETÊNCIAS GERENCIAIS.....45

Figura 2 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO MARCO TEÓRICO.....52

Figura 3 – DIAGRAMA DE ÁRVORE.....54

Figura 4 – ESCALA PADRÃO DE MEDIDA DE DESEMPENHO.....58

Figura 5 – DIAGRAMA DOS CONHECIMENTOS REQUERIDOS PARA COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DO CD DO PSF.....64

Figura 6 – DIAGRAMA DAS HABILIDADES REQUERIDAS PARA COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DO CD DO PSF.....64

Figura 7 – DIAGRAMA DAS ATITUDES REQUERIDAS PARA COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DO CD DO PSF.....64

Figura 8 – MÉDIA E MEDIANA DOS COMPONENTES DE CONHECIMENTOS ATRIBUÍDAS PELOS JUIZES.....71

Figura 9 – MÉDIA E MEDIANA DOS COMPONENTES DE HABILIDADES ATRIBUÍDAS PELOS JUIZES.....71

Figura 10 – MÉDIA E MEDIANA DOS COMPONENTES DE ATITUDES ATRIBUÍDAS PELOS JUIZES.....72

Figura 11 – DESEMPENHO DOS COMPONENTES DO CONHECIMENTO.....88

Figura 12 – DESEMPENHO DOS COMPONENTES DA HABILIDADE.....89

Figura 13 – DESEMPENHO DOS COMPONENTES DA ATITUDE.....90

Figura 14 – DESEMPENHO DOS CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES.....93

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – DISTRIBUIÇÃO DE PESOS ATRIBUÍDOS PELOS JUIZES.....68

Gráfico 2 – VARIÁVEL SEXO DOS ENTREVISTADOS.....74

Gráfico 3 – VARIÁVEL IDADE DOS ENTREVISTADOS.....75

Gráfico 4 – VARIÁVEL TEMPO DE FORMADO DOS ENTREVISTADOS.....76

Gráfico 5 – VARIÁVEL TEMPO DE PMC DOS ENTREVISTADOS.....77

Gráfico 6 – VARIÁVEL TEMPO DE PSF DOS ENTREVISTADOS.....78

Gráfico 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES EM NÚMEROS ABSOLUTOS ATRIBUÍDOS PELOS CIRURGIÕES DENTISTAS.....79

Gráfico 8 – EQUIVALÊNCIA DOS VALORES ATRIBUÍDOS PELOS CIRURGIÕES DENTISTAS COM AS REGIÕES DE CLASSIFICAÇÃO.....80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – OS OITO PAPÉIS DE LIDERANÇA GERENCIAL E SUAS RESPECTIVAS COMPETÊNCIAS CHAVE.....49

Quadro 2 – OS DEZ PAPÉIS DO ADMINISTRADOR.....50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – DADOS REFERENTES AOS JUÍZES ENTREVISTADOS.....66

Tabela 2 – PESOS ATRIBUÍDOS PELOS JUIZES.....67

Tabela 3 – MÉDIAS E MEDIANAS ATRIBUÍDAS PELOS JUÍZES.....69

Tabela 4 – VARIÁVEL SEXO DOS ENTREVISTADOS.....74

Tabela 5 – VARIÁVEL IDADE DOS ENTREVISTADOS.....75

Tabela 6 – VARIÁVEL TEMPO DE FORMADO DOS ENTREVISTADOS.....76

Tabela 7 – VARIÁVEL TEMPO DE PMC DOS ENTREVISTADOS.....77

Tabela 8 – VARIÁVEL TEMPO DE PSF DOS ENTREVISTADOS.....78

Tabela 9 – DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES ATRIBUÍDOS PELOS CIRURGIÕES DENTISTAS ENTREVISTADOS.....82

Tabela 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES ATRIBUÍDOS PELOS CIRURGIÕES DENTISTAS ENTREVISTADOS POR COMPONENTE DO QUESTIONÁRIO.....84

Tabela 11 – VALORES DE DESEMPENHO POR COMPONENTE DO DIAGRAMA.....86

Tabela 12 – DESEMPENHO DO PLANEJAMENTO DAS AÇÕES; SAÚDE, PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA; TRABALHO INTERDISCIPLINAR EM EQUIPE E ABORDAGEM INTEGRAL DA FAMÍLIA.....91

LISTA DE ABREVIATURAS

ACD – Atendente ou Auxiliar de Consultório Dentário

CD – Cirurgião Dentista

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

DC – Diretrizes Curriculares

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipe de Saúde da Família

GERUS – Programa Gerência de Unidades Básicas de Saúde

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde

NOB/SUS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PMC – Prefeitura Municipal de Curitiba

PSF – Programa Saúde da Família

SB Brasil – Levantamento das condições de Saúde Bucal da população brasileira

SESP – Fundação de Serviços da Saúde Pública

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

THD – Técnico em Higiene Dental

UNIVALI – Universidade do Vale do Itajaí

SUMÁRIO

1 CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO 16

1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....17
1.2 OBJETIVOS.....19
1.2.1 Objetivo Geral 19
1.2.2 Objetivos Específicos.....19
1.3 ESTRUTUTRA DO TRABALHO 20

2. CAPÍTULO II – CONTRIBUIÇÃO DA LITERATURA.....22

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÙDE 22
2.1.1 O Programa Saúde da Família no contexto do Sistema Único de Saúde 24
2.2 A ODONTOLOGIA.....26
2.2.1 O serviço de Saúde Bucal do município de Curitiba 27
2.2.2 A política de Saúde Bucal no contexto do Sistema Único de Saúde.....29
2.2.3 A Odontologia no contexto do Programa Saúde da Família 30
2.3 GERENCIAMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE 32
2.3.1 Gerenciamento em Serviços de Saúde Bucal.....34
2.3.2 O cirurgião dentista gerente no município de Curitiba 36
2.3.3 Gestão de recursos humanos para a Odontologia do Programa Saúde da Família 37

3. CAPÍTULO III – MARCO TEÓRICO 41

3.1. COMPETÊNCIA GERENCIAL 41
3.1.1 Conceitos de Competência.....42
3.1.2 A Árvore das Competências: Conhecimentos, Habilidades e Atitudes.45
3.1.3 Classificação das Competências 47
3.2 COMPETÊNCIAS DO CIRURGIÃO DENTISTA 51

4. CAPÍTULO IV – PERCURSO METODOLÓGICO 53

4.1 PRIMEIRA PARTE: MAPEANDO COMPETÊNCIAS 53
4.1.1 Primeira etapa: diagrama de árvore.....53
4.1.2 Segunda etapa: método do júri.....55
4.1.3 Terceira Etapa: concordância dos juízes.....56
4.1.4 Quarta etapa: construção do instrumento e coleta de dados 57
4.1.5 Quinta etapa: avaliação do desempenho 57
4.1.6 Sexta etapa: entrevista.....59

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....59
4.3 COLETA DE DADOS.....60
4.4 ANÁLISE.....60
4.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS 61

5. CAPÍTULO V – RESULTADOS.....63

6. CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES 102

REFERÊNCIAS 105

APÊNDICES.....110

ANEXO.....124

1. CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

O impulso alavancador da mudança está nas pessoas,
nas suas habilidades e conhecimentos,
na sua criatividade e inovação,
na sua inteligência e na sua competência.
Chiavenato

Este trabalho foi estruturado de modo a permitir que se possa compreender as Competências Gerenciais do Cirurgião Dentista do Programa Saúde da Família na consolidação do Sistema Único de Saúde através da compreensão das. Para tanto, dividimos esta introdução nas seguintes seções:

- Considerações Iniciais: Numa primeira fase, busca-se situá-lo na questão motivadora ao estudo das competências, mais especificamente, as competências gerenciais do Cirurgião Dentista do Programa Saúde da Família.

- Objetivos: Apresentar os objetivos que motivaram a produção deste trabalho e permitir a discussão sobre a relevância do mesmo, para o avanço e consolidação do Sistema Único de Saúde.

- Estrutura do Trabalho: Auxiliar o leitor a compreender a lógica aplicada na estruturação deste trabalho, mostrar a inter-relação entre os capítulos e propiciar a facilidade de entendimento dos diversos temas apresentados. Mostrar ainda os aspectos que serão tratados no decorrer do texto situando-o dentro de nossa lógica de condução do tema.

1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Na busca da reorganização assistencial em saúde pública e visando o atendimento ao individuo no seu contexto familiar, o Ministério da Saúde – MS, em 1994, propôs uma estratégia que garanta a universalidade, integralidade, igualdade e a divulgação de informações e serviços a população, esta estratégia chama-se Programa Saúde da Família - PSF (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SC, 2000).

Segundo o Guia Prático do Programa Saúde da Família (2001, p.73), as atribuições fundamentais dos profissionais da Unidade de Saúde da Família são as seguintes: "planejamento de ações, saúde, promoção e vigilância, trabalho interdisciplinar em equipe e abordagem integral da família".

Esta dissertação intitulada "Competências gerenciais do Cirurgião Dentista do Programa Saúde da Família na consolidação do Sistema Único de Saúde" está vinculado ao projeto "Competências dos Recursos Humanos em Saúde para consolidação do Sistema Único de Saúde: Programa/Estratégia de Saúde da Família", com a coordenação da professora Doutora Rosita Saupe. Parte integrante do grupo pesquisa de Educação na Saúde e Gestão do Trabalho , sendo que um de seus objetivos é avaliar e implementar instrumentos administrativos utilizados no gerenciamento de serviços de saúde, esta pesquisa aborda as competências gerenciais do Cirurgião Dentista que atua no Programa Saúde da Família.

O Sistema Único de Saúde – SUS é um processo social em construção permanente, sendo fundamental a contínua discussão sobre seu modelo de atenção e o papel dos diferentes profissionais que nele atuam (AERTS, ABEGG, CESA, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde, a função de gerência no SUS está relacionada à prestação e controle dos serviços e ações de saúde aos seus usuários, sendo de estrema importância para o exercício desta atividade o compromisso, a ética, a competência e o respeito. A gerência, quando fundamentada em competências, resulta em um conjunto de mudanças, promovendo a auto direção, já que proporciona a participação mais ampla de seus empregados com maior responsabilidade e desempenho no seu trabalho, integrando conhecimentos, habilidades e atitudes de forma dinâmica (LAZZAROTTO, 2001).

O desenvolvimento das competências pode contextualizar-se no sentido do crescimento humano, aludindo ao desenvolvimento integral das pessoas e das organizações (IRIGOIN BARRENNE, VAGAS ZUNIGA, 2004).

É neste sentido que Neri (1999) ressalta a importância da formação das competências para que os profissionais passem a realizar suas atividades através do planejamento de ações, uma vez que a formação de competências ensina a pensar e a aprender o porquê do como fazer. Portanto, para a prática de atividades pertinentes à gestão de organizações de saúde é fundamental que o cirurgião dentista conheça as competências necessárias para o exercício de tal função.

Pretende-se então com este estudo contribuir para uma compreensão mais ampla sobre o desenvolvimento de competências gerenciais do cirurgião dentista do Programa Saúde da Família, melhorando a eficiência dos serviços de saúde.

1.2 OBJETIVOS

Obstáculos são o que você vê
quando afasta o olhar de seu objetivo
J. Herald

1.2.1 Objetivo Geral

Identificar e mapear as competências do cirurgião dentista do Programa Saúde da Família para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar e mapear os conhecimentos requeridos para as competências gerenciais do cirurgião dentista do Programa Saúde da Família na consolidação do Sistema Único de Saúde;
- Identificar e mapear as habilidades requeridas para as competências gerenciais do cirurgião dentista do Programa Saúde da Família na consolidação do Sistema Único de Saúde;
- Identificar e mapear as atitudes requeridas para as competências gerenciais do cirurgião dentista do Programa Saúde da Família na consolidação do Sistema Único de Saúde;
- Analisar as competências requeridas ao cirurgião dentista que atua no Programa Saúde da Família.

1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO

Este trabalho foi estruturado da seguinte forma: no Capítulo I buscou-se apresentar uma introdução sobre o tema da pesquisa, relatando algumas considerações iniciais, justificando a pesquisa e descrevendo os objetivos da mesma.

O Capítulo II buscou-se abordar a contribuição da literatura sobre o Sistema Único de Saúde, realizando uma breve descrição da reforma sanitária chegando ao Programa Saúde da Família. Considerando o ambiente familiar e comunitário, são descritos os objetivos dessa estratégia assistencial. São descritos ainda assuntos relativos à Odontologia, relatando o histórico dos serviços de saúde bucal do município de Curitiba e a política de saúde bucal no contexto do Sistema Único de Saúde e mais especificamente no Programa Saúde da Família. Gerenciamento em serviços da saúde também é abordado neste capítulo que descreve o gerenciamento em serviços de saúde bucal, relata o papel de gerente do cirurgião dentista no município de Curitiba e a gestão de recursos humanos para a Odontologia do Programa Saúde da Família.

Direcionar a pesquisa e definir os conceitos que permearam a pesquisa é o principal objetivo do Capítulo III. Trabalharemos a competência gerencial a partir das competências gerais e as específicas do cirurgião dentista, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais. É descrita ainda a árvore das competências: conhecimentos, habilidades e atitudes.

No capítulo IV é descrito o percurso metodológico da pesquisa. A abordagem quantitativa parte do modelo originário da *University of North Carolina,* e a abordagem qualitativa se dará através da análise de conteúdo de entrevistas semi-estruturadas.

Os resultados são apresentados no Capítulo V. O mapeamento de competências e a construção de diagramas de árvore são descritos neste capítulo. São descritas ainda, as entrevistas a *experts* no assunto Programa Saúde da Família e aos Cirurgiões Dentistas que atuam no PSF do município de Curitiba bem como os resultados e avaliações.

Capítulo VI – Considerações e Contribuições. Através dos resultados obtidos, procurou-se fazer algumas considerações sobre o papel do cirurgião dentista no gerenciamento em serviços em saúde. A necessidade de repensar estratégias de abordagens de assuntos gerenciais nos currículos dos cursos de Odontologia é sugerido nesse capítulo. Finalizando este trabalho sugere que a pesquisa possa ser utilizada como uma ferramenta de transformação nas práticas odontológicas contribuindo como um proposta de apoio à educação permanente nos serviços de saúde e nos cursos de Odontologia, visando atender as necessidades atuais do Sistema Único de Saúde.

2. CAPÍTULO II – CONTRIBUIÇÃO DA LITERATURA

Não é sábio o que sabe muitas coisas,
Senão o que sabe coisas úteis.
Esquilo

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O atual modelo de prestação de serviços de saúde do Brasil, o Sistema Único de Saúde – SUS, é um resultado de um processo histórico de lutas do movimento sanitário brasileiro, intensificado a partir das décadas de 70 e 80 em consonância com as lutas pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira (RONCALLI, 2003).

A proposta de uma transformação neste setor surgiu a partir de observações feitas quanto a total inadequação do modelo assistencial às necessidades de saúde da população.Isso ficou evidenciado por um quadro de doenças dos mais diversos tipos, irracionalidade e desintegração do sistema de saúde, excessiva centralização de decisões, disponibilidade de recursos financeiros e humanos inferiores as necessidades da população, desperdício de recursos destinados à saúde, baixa cobertura assistencial, baixa qualidade dos serviços oferecidos, insatisfação dos profissionais referente ao baixo salário e insatisfação da população com a má assistência (WESTPHAL e ALMEIDA, 2001).

Em consequência a esse quadro, com a participação de cerca de cinco mil pessoas entre profissionais de saúde, usuários, técnicos, políticos, lideranças populares e sindicais, aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foi criada a base para as propostas de reestruturação do SUS (RONCALLI, 2003).

O relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde destaca o conceito ampliado de saúde, a qual é colocada como direito de todos e dever do Estado:

> Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (Conferência Nacional de saúde, 1986 apud RONCALLI, 2003, p.33).

Ocorreu então a necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde integrada às demais políticas econômicas e sociais e isso é definido através do artigo 198 da Constituição Federal onde este artigo cita que "ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único". Também, no artigo 196, o estado deixa claro a saúde como direito á cidadania:

> A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1994, p.39).

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1994).

Constituiu-se então, o Sistema Único de Saúde – SUS sendo definido como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas e, complementarmente, pela iniciativa privada, que segue a mesma doutrina e princípios organizativos em todo território nacional (WESTPHAL e ALMEIDA, 2001).

2.1.1 O Programa Saúde da Família no contexto do Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde - SUS vinha causando uma enorme insatisfação tanto aos profissionais de saúde que nele atuam, quanto à população que dependia destes serviços. Insatisfação esta relacionada à centralização da assistência à saúde, tendo em vista que estava orientada para a assistência médico – hospitalar, sendo o indivíduo assistido de forma isolada de seu contexto familiar e social. Esta forma de atuação conduzia o modelo assistencial a uma tendência individualizante, descontextualizando o individuo assistido de sua realidade (PRETTI, SOUZA e SANTOS, 2002).

A maioria dos serviços e profissionais de saúde seguia rumo a assistência individualizada, desconsiderando o contexto familiar ou comunitário em que o paciente vivia, passaram a perceber que os ambientes familiares e comunitários formam um cenário importante para a execução de serviços que visem atingir a coletividade e não apenas um individuo isolado, pois

> é na família que se elabora (...) um conhecimento um pouco mais crítico sobre a sociedade e dessa forma projetos para um futuro comum que coloca ainda, a família como sendo um espaço importante para a elaboração de um destino comum, para o amadurecimento de um saber (...) para a transmissão de conhecimentos e informações e para a compensação da pouca escolaridade com outros aprendizados transmitidos oralmente e por contato direto (VASCONCELOS, 1999, p.6).

Neste sentido, Bretzke e Rosa (2002) colocam que a consideração do ambiente familiar é de extrema importância para a atuação dos profissionais de saúde, já que a família atua como linha de orientação, contribuindo para moldar a nós próprios e aos outros. É importante também para a formação de uma visão de mundo e pode agir de maneira positiva ou não na saúde ou sobrevida de seus integrantes.

Então o Ministério da Saúde, focando o espaço familiar e comunitário, formulou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, dando início a história do Programa Saúde da Família – PSF. Com base nos princípios de vigilância à saúde, com concepções de saúde centrada na promoção da qualidade de vida, o PSF é uma estratégia do SUS para a reorganização dos serviços públicos de saúde no país, construindo uma nova relação entre profissionais de saúde e a população. Esta relação deve servir de ponto de apoio para estes profissionais desempenharem satisfatoriamente seu papel. Assim, a população, em parceria com os profissionais, participou da identificação e priorização de problemas de saúde e avaliação de medidas de controle (BRASIL, 2001).

O Programa Saúde da Família prioriza ações preventivas e que promovam e recuperem a saúde de modo integral e contínuo. Sendo assim, a assistência à saúde não estará voltada somente para a cura de doenças e nem centrada no espaço hospitalar, mas sim na família que será percebida em seu contexto físico e social, ampliando a compreensão do profissional a respeito do processo saúde/doença e possibilitando a prática de medidas necessárias à cura (CHIESA, FRACOLLI e SOUSA, 2002).

O Programa Saúde da Família é uma forma de atendimento que elege a família como a base para conseguir as melhorias de saúde e qualidade de vida de seus membros e da comunidade. Este programa faz parte da estratégia de um modelo assistencial. Consolida e aprimora o Sistema de Único de Saúde, em seus princípios de descentralização, municipalização, integralização e equidade (BRASIL, 2001).

Neste sentido, cabe lembrar que os objetivos do Programa Saúde da Família, segundo o Guia Prático do PSF (2001) são:

- divulgar o conceito de saúde como qualidade de vida e direito do cidadão;
- promover a família como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde da população, num enfoque comunitário;
- prestar atendimento básico de saúde (enfermagem, médico e odontológico), de forma integral, a cada membro da família, identificando as condições de risco para a saúde do indivíduo;
- proporcionar atenção integral a população na Unidade de Saúde e, quando indicado, no domicílio;
- realizar o atendimento à população, com base nas normas e rotinas dos programas de saúde definidos no planejamento local e municipal;
- humanizar o atendimento e estabelecer um maior vínculo com a comunidade;
- oportunizar o acesso ao sistema de saúde especializado e hospitalar quando indicado;
- melhorar a qualidade do atendimento buscando impacto nos indicadores de saúde;
- promover a atualização dos profissionais de saúde para garantir melhor qualidade e eficiência no atendimento;
- incentivar a participação da população no controle social.

2.2 A ODONTOLOGIA

A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação, ou seja, é resultante das condições materiais de vida das pessoas (PUCCA, 2004).

Nesses últimos anos, a saúde bucal teve uma atenção maior por parte do governo, sendo que em 28 de dezembro de 2000, através da portaria 1444 do Ministério da Saúde, criou o incentivo de saúde bucal ao financiamento de ações e da inserção de profissionais desta área no Programa Saúde da Família; o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, através da portaria 267 de 06 de março de 2001; do SB 2000, ou SB Brasil – Levantamento das condições de Saúde Bucal da população Brasileira, considerada a mais ampla e completa pesquisa da área já executada no País; o BRASIL SORRIDENTE, que ampliou as ações de saúde bucal como aumento do número de equipes de saúde bucal no PSF, distribuição de *kits* de higiene bucal, adição de flúor à rede de abastecimento e de construção de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e de laboratórios de prótese (BRASIL, 2002; PUCCA, 2004).

Não podemos deixar de reconhecer o momento de transição por que passa a Odontologia brasileira. Os profissionais devem estar preparados para atuarem neste novo contexto, onde estão inseridos os fenômenos da globalização e socialização dos cuidados da saúde, que devem ser compreendidos em toda a sua complexidade (ASSADA, 2004).

2.2.1 O serviço de Saúde Bucal do município de Curitiba

A assistência odontológica, ofertada pela Prefeitura de Curitiba, teve seu início na década de 1960, desenvolvida a partir do modelo preconizado pela Fundação de Serviços Especiais da Saúde Pública – SESP, através do sistema incremental para escolares, em consultórios odontológicos instalados em Escolas Municipais (CURITIBA, 2004).

Nos anos oitenta, o modelo de atenção odontológica da Secretaria Municipal de Saúde do município de Curitiba, incorporou inovações científicas, técnicas e processos de trabalho que surgiram na saúde pública. Capacitou e titulou Auxiliares de Consultório Dentário – ACD e Técnicos em Higiene Dental – THD, em uma iniciativa inédita no país. Assim desenvolveu-se a concepção do modelo comunitário, onde ao mesmo tempo em que na parte técnica utilizavam-se os modernos princípios de enfrentamento e controle das doenças da placa bacteriana, ampliou-se o uso dos procedimentos preventivos. Implementaram-se, ainda, as atividades voltadas a promoção da saúde, potencializando a cobertura do atendimento (GEVAERD e GUGUICH, 2002).

No início da década de noventa, iniciou-se no município o Programa Saúde da Família, onde a odontologia inseriu-se desde o início da sua implantação, apesar da escassez de referencial teórico para subsidiar a prática familiar na odontologia. Os anos noventa foram marcados pela adoção do modelo da vigilância à saúde e pelo processo de descentralização com a implantação dos Distritos Sanitários. A territorialização, a definição das micro-áreas, das populações de risco e o planejamento local foram os marcos deste processo (CURITIBA, 2004).

A Secretaria Municipal de Saúde conta hoje com 104 Unidades de Saúde. Destas, 95 possuem clínicas odontológicas, constituídas por módulos odontológicos simplificados, onde as equipes de saúde bucal (Cirurgiões Dentistas, Técnicos de Higiene Dental e Atendentes de Consultório Dentário) realizam os atendimentos. Destas, 42 Unidades de Saúde participam do Programa de Saúde da Família (CURITIBA, 2004).

Na assistência das clínicas são realizados todos os procedimentos básicos em odontologia, como restaurações, extrações, procedimentos preventivos (profilaxia, fluorterapia, selantes), atendimentos emergenciais e outros. Quando necessário, são realizados encaminhamentos para as unidades de atendimento especializado em Endodontia, Periodontia, Diagnóstico Bucal, Ortodontia Preventiva e Pacientes Especiais. Além disso, são realizadas ações coletivas de Prevenção e Promoção em Saúde Bucal, nas escolas, creches e demais instituições (CURITIBA, 2004).

O acesso ao atendimento é feito através das Unidades de Saúde, próximas à residência do usuário onde são realizadas avaliações (triagens) diárias para organização do fluxo de atendimento odontológico. Estas avaliações acontecem em horários especificados pelas Unidades de Saúde (CURITIBA, 2004).

2.2.2 A política de Saúde Bucal no contexto do Sistema Único de Saúde

Segundo Gevaerd (1993), na Oficina de Saúde Bucal na Vigilância à Saúde no Distrito Sanitário, promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, em parceria com o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Paraná e a Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba, ocorrida em 1992, os principais problemas relacionados à inserção do profissional de saúde bucal no Sistema Único de Saúde seriam:

1) a dificuldade de percepção desse trabalhador da dimensão sócio-histórica das práticas de saúde e do potencial de alcance de sua intervenção social;
2) a limitação do conceito saúde/doença pela não incorporação da dimensão social;

3) a baixa efetividade das ações de saúde bucal determinada pela ausência de participação popular na organização e avaliação dos serviços;

4) a baixa incorporação das diretrizes do SUS, em especial em relação à universalidade e integralidade, uma vez que o atendimento a determinados grupos populacionais é privilegiado;

5) a prática de atenção à saúde bucal fortemente pautada no modelo assistencial;

6) o isolamento do cirurgião dentista, em função de ser o único profissional responsável pela saúde bucal dos funcionários e, como consequência, sua não participação na equipe de saúde;

7) a forma de pagamento dos procedimentos, privilegiando as ações curativas.

Mudanças na forma de pagamento dos procedimentos, atualmente através do Piso de Atenção Básica (PAB), onde os municípios recebem um valor de acordo com a sua população, a consolidação do Programa Saúde da Família onde a incorporação da Equipe de Saúde Bucal se fez presente pelo Ministério da saúde em 2000, o SB Brasil e o Programa Brasil Sorridente lançado em 2004, são alguns movimentos do governo Federal que consolidam a saúde bucal no SUS (BRASIL, 2002; PUCCA, 2004).

2.2.3 A Odontologia no contexto do Programa Saúde da Família

O Programa Saúde da Família envolve um conjunto de ações individuais e coletivas que tem se mostrado eficaz para a reorganização da atenção básica, o que possibilita o reordenamento dos demais níveis de atenção do sistema local de saúde. Há necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ele relacionadas, quer em termos de promoção, de proteção e recuperação, impulsionando a

decisão de reorientar as práticas de intervenção, valendo-se, para tanto, de sua inclusão na estratégia do Saúde da Família. Neste contexto, foi elaborado o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, em 2001, onde se procurou objetivar a melhora das condições de saúde bucal da população brasileira através de reorientações das práticas de atenção à saúde bucal, consoante ao preconizado pelo Programa Saúde da Família (BRASIL, 2001).

A Equipe de Saúde Bucal – ESB é composta de um Cirurgião Dentista – CD, uma Atendente de Consultório Dentário – ACD e um Técnico em Higiene Dental – THD, se o município não conta com número suficiente de THDs, é possibilitada a adoção da modalidade de um CD e uma ACD. A integração dos profissionais de saúde bucal neste programa inclui a dedicação integral, ou seja, uma jornada de 8 horas diárias num total de 40 horas semanais (BRASIL, 2001).

As ações de saúde bucal tornam as ações de saúde da família mais completas e mais eficazes. Neste sentido, torna-se essencial que a Equipe de Saúde Bucal trabalhe em sintonia com os outros profissionais do Programa Saúde da Família. O conceito de Saúde da Família deve ser entendido de forma que não se limite a ver o corpo isoladamente. É preciso cuidar da boca, do corpo todo, da vida das pessoas em todos os aspectos (BRASIL, 2001).

Roncalli (2000) destaca que a assistência com base no domicílio introduz uma nova lógica assistencial e rompe com a prática histórica da odontologia, essencialmente centrada no alívio da dor e no trabalho dentro de quatro paredes do consultório. Superação da fixação (dentro do consultório) para a mobilidade (deslocamento na comunidade).

No município de Curitiba, cidade onde ocorreu a pesquisa, o Programa Saúde da Família já se iniciou com a inclusão da Equipe de Saúde Bucal, em 1992, com uma visão de integralidade nos serviços. Trabalha-se com o princípio de que o "profissional de saúde é hábil", onde destacamos que é um equívoco achar que as ações preventivas são de cunho coletivo e as ações curativas são de cunho individual. É errôneo acreditar que o PSF realiza meramente ações de cunho preventivo ou que a atenção clínica agora se desenvolverá dentro dos domicílios. O modelo proposto foi solidamente calcado na realidade local, cujo diagnóstico e definição de prioridades foram embasadas no segundo princípio do PSF onde diz que o "Programa Saúde da Família é uma disciplina baseada na comunidade". Em Curitiba, entendeu-se que garantir o acesso, onde a Equipe de Saúde da Família é a porta de entrada de um serviço integral, contempla o terceiro princípio do PSF onde diz que "o profissional de saúde da família faz parte de uma rede de serviços". Outro fator que se considerou foi a humanização, embasada no quarto princípio do PSF onde fala que "a relação equipe/paciente é alvo fundamental no PSF" (CURITIBA, 2002, p.178-179).

2.3 GERENCIAMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Antes de se colocar alguma afirmativa ou método de como planejar saúde no nível local (nível onde se faz o atendimento da população), é extremamente importante frisar que no Sistema Único de Saúde está inserido o princípio da descentralização da atenção, que dependendo do local, se constituirá na criação de Distritos Sanitários – DS. Este processo de distritalização será criado de acordo com os limites geográficos, sociais, econômicos e políticos de cada região e terá gerência administrativa sobre os serviços localizados dentro dos seus limites (SANTOS, 2004).

Um Distrito Sanitário será ainda dividido em territórios, onde uma Unidade de Saúde (centro de saúde, posto de saúde) terá a responsabilidade sobre a saúde da população que se situa na sua área de abrangência. Entende-se por área de abrangência, o local onde mora, trabalha, estuda, enfim, onde transita a população que será atendida (SANTOS, 2004).

O processo de descentralização, decorrente da implementação do Sistema Único de Saúde, ao definir as áreas de abrangência sob responsabilidade dos centros de saúde e das equipes locais de saúde, reafirma a importância da gerência, por ser a unidade local a porta de entrada do sistema e também pela possibilidade que representa para a interlocução entre população usuária e instituição pública prestadora de serviços. O trabalho desenvolvido a partir de áreas de abrangência possibilita conhecer melhor as necessidades de saúde da população, adequar as ações de saúde desenvolvidas às exigências de qualidade colocadas pelos cidadãos e estabelecer uma relação de compromissos entre trabalhadores e população (FERREIRA, 2004).

O Sistema Único de Saúde tem obtido melhores resultados nos municípios que investiram no desenvolvimento de sua capacidade gerencial nos níveis central, distrital e local, como condição necessária para o cumprimento do seu papel constitucional de planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde (FERREIRA, 2004).

Gerenciar instituições do setor público é, segundo Pires Filho (1995, p.262)

> trabalhar no domínio de três campos: o administrativo, o técnico e o político-estratégico. No plano administrativo a gerência ocupa-se de prover condições humanas, físicas e materiais que, enquanto elementos de apoio, viabilizam a operacionalização do serviço. No campo técnico seu papel vincula-se à definição da proposta de abordagem a ser adotada, com identificação e priorização das ações

> assistenciais que maiores impactos gerem nos níveis locais de saúde da população a que se destinam. Finalmente, respeitadas as áreas de intercessão que seguramente se estabelecem com os demais planos, cumpre a gerência no campo político-estratégico buscar a identidade do serviço, localizando-o ao nível das políticas definidas ou pretendidas para o setor, bem como traçando as estratégias para sua atuação e desenvolvimento, frente às conjunturas e suas tendências.

Compete então ao gerente de serviços de saúde conduzir e administrar a Unidade de Saúde, de forma a propiciar que a equipe produza as ações necessárias para o alcance dos objetivos estabelecidos em conjunto com os outros níveis do sistema, com a população e com os trabalhadores. Não é uma tarefa fácil, trata-se de um trabalho complexo e muitos são os recursos a serem gerenciados: humanos, técnicos, administrativos e políticos (FERREIRA, 2004).

2.3.1 Gerenciamento em serviços de Saúde Bucal

O gerenciamento é um processo que depende de se conhecer intimamente a situação atual de um sistema e definir a que se pretende chegar. O gerenciamento em serviços de saúde bucal pode ser pensado para uma área delimitada, como para ações dirigidas para populações adstritas no Programa Saúde da Família ou para área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde, ou então para espaços maiores como um Distrito Sanitário ou um município (MANFREDINI, 2003).

Não se pode esquecer de que a organização dos serviços de saúde bucal deve sempre levar em conta os princípios do Sistema Único de Saúde, garantindo a universalização do acesso dos usuários às informações disponíveis e a assistência, a integralidade da atenção através de uma

rede hierarquizada de serviços, a participação da comunidade nos momentos de planejamento, implementação e avaliação dos programas, efetivando o controle social (WERNECK, 2004).

Santos (2004, p.269) também se refere ao princípio da universalização, onde cita que "quando se pretende gerenciar um serviço de saúde bucal buscando operacionalizar um novo modelo de atuação proposto pelo Sistema Único de Saúde, o princípio da universalização deve estar presente, ou seja, as ações devem ser levadas para todas as pessoas da área de abrangência".

Porem isto não se observa em muitos serviços de saúde bucal, pois muitos municípios ainda praticam a assistência exclusiva a escolares. Segundo Manfredini (2004), a exclusividade do acesso à assistência odontológica apenas para crianças em idade escolar, adotada por várias programações em saúde bucal, resulta em um tipo de prática que oferece apenas a possibilidade do acesso ao atendimento de urgências para o adolescente, o adulto e o idoso. Além de contrariar os princípios da universalidade e da integralidade do Sistema Único de Saúde, esse modelo se restringe às extrações dentárias nos grupos não assistidos, contribuindo para o avanço da mutilação dental, comprovada em levantamentos epidemiológicos. Kasper (1996) também cita o limite das ações de saúde bucal no Sistema Único de Saúde, onde a assistência a uma parcela da população somente, rompe o princípio da universalidade.

Outras condições são imprescindíveis para uma boa gerência administrativa local em serviços de saúde bucal: o domínio e o conhecimento sobre o modelo de atenção, a participação da população nas decisões sobre o atendimento, o trabalho em equipe e os dados epidemiológicos; assim como o espaço físico, o material de consumo, o equipamento e os dados de produção do serviço (SANTOS, 2004).

2.3.2 O cirurgião dentista gerente no município de Curitiba

Pensar que cirurgiões dentistas possam ocupar cargos de gerência do Sistema Único de Saúde ainda pode parecer estranho à maioria de muitos gestores municipais, porém em Curitiba há muito isto é realidade. Atualmente os dentistas ocupam aproximadamente 24% dos cargos gerenciais da Secretaria Municipal de Saúde do município de Curitiba. Talvez porque a política de saúde bucal sempre esteve presente na atenção básica à saúde no município, em conjunto com a disponibilidade dos cirurgiões dentistas da Secretaria Municipal de Saúde em apreenderem e enveredarem pela área administrativa e gerencial (SILVEIRA FILHO, NADAS, FERNANDES e POLO, 2002).

Com a participação comunitária, através de Associações Comunitárias e Comissões Locais de Saúde, reforçou-se o exercício da cidadania e uma das principais reivindicações foi a ampliação do atendimento clínico para todas as faixas etárias, não somente à escolares, e também na ampliação do horário de atendimento. Surgiu então um terceiro turno destinado aos adultos. Também nesse momento, o Programa de Gestantes da Unidade de Saúde incorporou as ações de saúde bucal. Surgem então os Chefes de Clínica Odontológica com o papel de interlocutor entre a área médica e de enfermagem e também com a comunidade. Em seguida ocorre a incorporação dos cirurgiões dentistas em outras áreas de supervisão de serviços de saúde (SILVEIRA FILHO, NADAS, FERNANDES e POLO, 2002).

Em 1991 ocorreram os concursos internos para selecionar os gerentes dos serviços de saúde da Secretaria Municipal de Saúde – SMS da Prefeitura Municipal de Curitiba – PMC. Sedimentou-se assim a valorização dos profissionais de saúde bucal que maciçamente ocuparam cargos em diversos níveis gerenciais. O cirurgião dentista apropriou-se dos

conteúdos gerenciais e técnicos da área médica e de enfermagem. No entanto, dado ao exercício multiprofissional da função gerencial, tornou-se necessário criar em 1995 o primeiro processo de capacitação gerencial, o Projeto Gerência de Unidades Básicas de Saúde (GERUS), elaborado juntamente com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde. Isto refletiu num grande crescimento institucional no desempenho das funções gerenciais. Outras capacitações ocorreram mais tarde como em 1999 um curso da Fundação Getúlio Vargas destinado a Supervisores de Distritos Sanitários, Diretores de Centros e Assessores, dentre esses, vários eram cirurgiões dentistas (SILVEIRA FILHO, NADAS, FERNANDES e POLO, 2002).

2.3.3 Gestão de recursos humanos para a Odontologia do Programa Saúde da Família

A maior dificuldade do PSF está na contratação do profissional de saúde. O perfil é diferente. Ele precisa saber trabalhar em equipe.
Rita de Cássia Costa da Silva
coordenadora do PSF em Brumadinho, região metropolitana de Belo Horizonte.

Os profissionais que compõem a Equipe de Saúde Bucal completa são 1 cirurgião-dentista, 1 auxiliar de consultório dentário e 1 técnico em higiene dental. Essa equipe corresponde a uma das duas modalidades de adesão ao programa – modalidade tipo II. Se no município não há número suficiente de THD, possibilita-se a adoção de outra modalidade, com apenas 1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar de consultório dentário – a modalidade tipo I. Qualquer que seja a modalidade escolhida, todos os profissionais devem cumprir uma jornada de 40 (quarenta) horas semanais (BRASIL, 2001).

O sucesso ou fracasso de nossos projetos destinados a elevar o nível de saúde bucal da população, por melhor que seja o planejamento, por mais eficientes que sejam os métodos propostos, depende fundamentalmente de recursos humanos adequadamente bem-qualificados e não apenas da quantidade de recursos humanos disponíveis (QUELUZ, 2003).

Logo, espera-se dos integrantes da Equipe de Saúde da Família uma boa qualificação para serem resolutivos com problemas de saúde, organizados nas atividades de planejamento local quanto à assistência, vigilância e promoção à saúde e que trabalhem com espírito de equipe (BRASIL, 2001).

Segundo o Guia prático do Programa Saúde da Família – Ministério da Saúde (2001), as atribuições específicas do cirurgião dentista da Equipe de Saúde da Família são as seguintes:

- realizar levantamento epidemiológico para traçar o perfil de saúde bucal da população adstrita;
- realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e a Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde (NOAS);
- realizar o tratamento integral, no âmbito da atenção básica para a população adstrita;
- encaminhar e orientar os usuários que apresentarem problemas mais complexos a outros níveis de assistência, assegurando seu acompanhamento;
- realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências;
- realizar pequenas cirurgias ambulatoriais;
- prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados;
- emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência;

- executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com o planejamento local;
- coordenar ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal;
- programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas;
- capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal;
- supervisionar o trabalho desenvolvido pelo THD e pelo ACD.

Ultrapassando o limite da nossa pesquisa, cabe neste momento discutir o papel do pessoal auxiliar integrante da Equipe de Saúde Bucal, os quais atuam de maneira efetiva aumentando a eficiência e a produtividade dos serviços odontológicos.

A história dos recursos humanos auxiliares em saúde bucal no Brasil guarda consigo o resultado de tentativas isoladas, em sua maioria, de secretarias estaduais, municipais faculdades e outras instituições, na tentativa de resgatar o trabalho em equipe. Embora as habilitações do THD e ACD estejam regulamentadas desde 1975, o primeiro curso autorizado a reconhecido pelos órgãos de educação no Brasil aconteceu na Secretaria de Estado da Saúde do Paraná em 1984 (MACHADO, 1994).

A primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal, ocorrida em 1986, colocou como necessidade a reorientação da formação de recursos humanos de nível superior e a formação de pessoal técnico em higiene dental e auxiliar de consultório dentário (MIRANDA apud KASPER, 1996).

Segundo o Guia prático do Programa Saúde da Família – Ministério da Saúde (2001), as

atribuições específicas do THD da Equipe de Saúde da Família são as seguintes:

- sob a supervisão do cirurgião dentista, realizar procedimentos preventivos, individuais ou coletivos, nos usuários para o atendimento clínico, como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagem, alisamento e polimento, bochechos com flúor, entre outros;
- realizar procedimentos reversíveis em atividades restauradoras, sob supervisão do cirurgião dentista;
- cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
- acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal.

As atribuições específicas do ACD da Equipe de Saúde da Família são as seguintes:

- proceder a desinfecção e esterilização de materiais e instrumentos utilizados;
- sob a supervisão do cirurgião dentista ou THD, realizar procedimentos educativos e preventivos aos usuários, individuais ou coletivos, como evidenciação de placa bacteriana, escovação supervisionada, orientações de escovação, uso de fio dental;
- preparar e organizar o instrumental e materiais (sugador, espelho, sonda, etc.) necessários para o trabalho;
- instrumentalizar o cirurgião dentista ou THD durante a realização de procedimentos clínicos (trabalho a quatro mãos);
- cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
- agendar o paciente e orientá-lo quanto ao retorno e à preservação do tratamento;
- acompanhar e desenvolver trabalhos com a Equipe de Saúde da Família no tocante à saúde bucal.

3. CAPÍTULO III – MARCO TEÓRICO

Idéias e conceitos claros ajudam para a eficácia
da comunicação. Tanto para saber ouvir
como para saber fazer-se entender
autor desconhecido

Inicialmente cabe ressaltar que o marco teórico, segundo Batey (1977) orienta o pesquisador e visa direcionar a pesquisa, da definição do problema à análise dos resultados. Com base no marco teórico vamos direcionar a pesquisa, já que sua presença bem elaborada favorece a síntese do conhecimento, a interpretação dos dados e a previsão dos eventos.

Cabe então definir os conceitos que permearão esta pesquisa. Trabalharemos a competência gerencial a partir de competências gerais e específicas do cirurgião dentista, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais.

3.1 COMPETÊNCIA GERENCIAL

Segundo Resende (2003), vivemos numa era em que a cobrança por resultado é generalizada e apesar de muitas dessas cobranças não serem objetivas e não surtirem os efeitos desejados. Cobram-se resultados mais conscientemente, mais decididamente, mais persistentemente, mais enfaticamente, de empresas, de departamentos, de profissionais, de governos, de instituições liberais, em parte por força das necessidades determinadas pela competitividade, em parte por força de uma tomada de consciência geral quanto ao dever de exigir direitos, o que deve ser entendido como uma evolução da cidadania.

3.1.1 Conceitos de Competência

A palavra competência é frequentemente utilizada na língua portuguesa, segundo Ferreira (1999), para definir qualidade de quem é capaz de apreciar e resolver certo assunto, fazer determinada coisa, capacidade, habilidade, aptidão, idoneidade.

Segundo Resende (2003) o termo tem sido usado com os seguintes significados: incumbência – este assunto é de sua competência; idoneidade – a pessoa indicada tem competência para responder pelo grupo; poder de decisão – somente a diretoria tem a competência para resolver essa questão; suficiência – ele é competente bastante para cuidar do assunto.

Competência é resultante da combinação de conhecimentos com comportamentos. Conhecimentos que incluem formação, treinamento, experiência, autodesenvolvimento. Comportamento que engloba habilidades, interesse, vontade (RESENDE, 2003).

Autores baseados em David McClelland, que publicou um trabalho sobre mensuração de competências em 1973, definem competência como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, onde o conhecimento é tratado como "saber", habilidades como "saber fazer" e atitudes como "querer fazer" (RABAGLIO, 2001, GRAMIGNA, 2002).

Ropé e Tanguy (1994) definem-no como um conjunto de conhecimento, qualidades, capacidades e aptidões que fornecem condições a uma pessoa para a discussão e tomada de decisões frente a situações que às exijam. Além disso, os autores observam que o termo competência esta sempre associado a um verbo de ação, ou seja, a prática de uma ação fundamentada em conhecimento.

Do mesmo modo Neri (1999) relaciona competências ao desenvolvimento de conhecimento, habilidades e atitudes, sendo definido como um conjunto de características moldáveis, podendo ser desenvolvidas conforme a necessidade do profissional para melhor desempenho de suas tarefas.

O termo competência também se refere ao ato de realizar determinadas funções de forma adequada e idônea, sendo este o resultado de um processo de capacitação, qualificação e treinamento (LAZZAROTTO, 2001).

Sendo assim, Chiavenato (1999) acredita que as pessoas levam consigo para as organizações, suas habilidades, conhecimentos, atitudes, comportamentos, etc., independentemente do cargo que ocupem. Esses recursos constituem uma vocação dirigida para o crescimento e desenvolvimento individual e organizacional, cabendo à gerência a aplicabilidade e desenvolvimento destas características.

Durand (1997 *apud* Brandão, 1999) sugere um conceito de competência baseado em três dimensões – conhecimento, habilidades e atitudes – associando aspectos cognitivos, técnicos, sociais e afetivos vinculados ao trabalho. O conceito de competência enfoca o caráter de independência e complementaridade entre as dimensões do modelo (conhecimentos, habilidade e atitudes), além da necessidade de aplicação conjunta dessas dimensões no âmbito de um objetivo qualquer. Conhecimentos têm relação com a informação, saber o que e por que fazer; habilidades relacionam-se com técnica, destreza, saber como fazer; atitudes vinculam-se com o interesse, determinação, querer fazer.

O conceito de competência utilizado nessa pesquisa será baseado nos autores citados anteriormente, porem com uma fundamentação do conceito de Philippe Zarafian (2003 p.16). Este autor sugere que o desafio do modelo da competência é a "reapropriação do trabalho" e que "os indivíduos competentes não são simplesmente locados em uma organização e que trabalho não é mais, principalmente, um dado objetivável, padronizável, prescritível que bastaria uma lista de tarefas relacionadas a uma descrição de emprego". Neste sentido ocorre aqui uma ruptura com a visão taylorista, onde o taylorismo isolava (em cada posto, em cada função) e dividia (a cada um, um fragmento específico de responsabilidade, um território segmentado) o trabalho. Zarafian (2001, 2003) sugere a comunicação em torno dos eventos e do serviço, onde esta aproxima e leva a compartilhar a informação.

O mesmo autor (ZARAFIAN, 2003 p.20) ainda sugere uma definição que integre várias dimensões e, logo, reúna várias formulações:

1. A competência é "o tomar iniciativa" e "assumir responsabilidade" do indivíduo diante de situações profissionais com as quais se depara.
2. A competência é um entendimento prático de situações que se apóia em conhecimentos adquiridos e os transforma na medida em que aumenta a diversidade das situações.
3. A competência é a faculdade de mobilizar redes de atores em torno das mesmas situações, é a faculdade de fazer com que esses atores compartilhem as implicações de suas ações, é faze-los assumir áreas de co-responsabilidade.

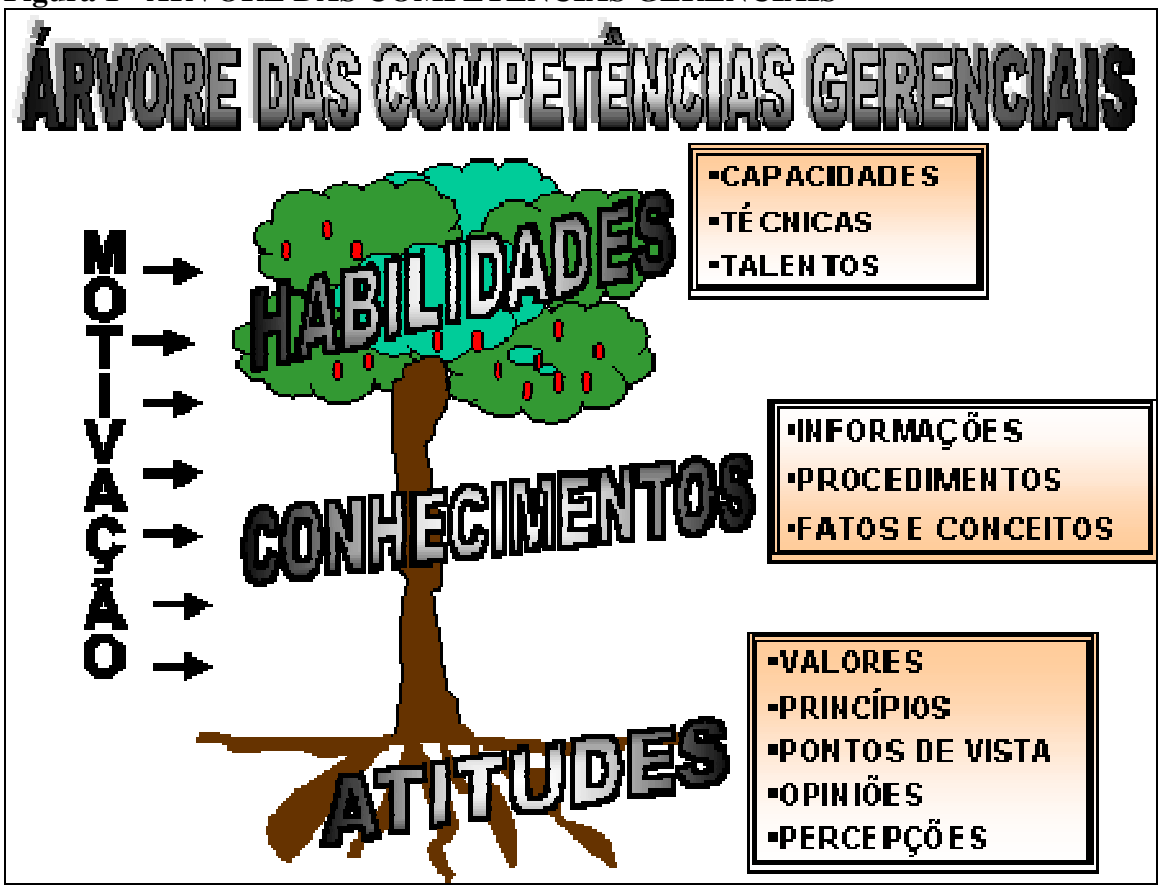
Neste sentido, Zarafian (2003, p.21) trabalha a definição de competência a partir da análise da questão de responsabilidade, no sentido de "responder por", que significa "ir até o fim de sua

tomada de iniciativa", ou seja, "assumir a plenitude de sua ação", em termos de responder "por seu alcance, por seus efeitos e por suas conseqüências".

3.1.2 A Árvore das Competências: Conhecimento, Habilidades e Atitudes

Na metodologia de desdobramento de competências, citada por Helbeert Kellner, apud Gramigna (2002), é utilizada a figura de uma árvore para esclarecimento dos componentes do termo competência, ou seja, conhecimentos, habilidades e atitudes.

Figura 1 - ÁRVORE DAS COMPETÊNCIAS GERENCIAIS



FONTE: KELLNER, apud Gramigna (2004)

COPA: representa as habilidades adquiridas e disponíveis para a realização do trabalho.

TRONCO: representa os diversos conhecimentos e informações acumulados ao longo da carreira.

RAIZ: representa conjunto de valores, crenças e princípios, formados ao longo da vida, e determinam as atitudes.

A raiz corresponde às atitudes. Gramigna (2002, p.18) escreve que "atitude é o início de tudo e o principal componente da competência. Está relacionada com querer ser e querer agir". Chiavenato (2003) descreve atitude como um comportamento pessoal frente às situações com que se defronta no seu trabalho. Ferreira (1999) descreve como modo de proceder ou agir, comportamento. Herald (2004) refere-se a atitude como posição ou direção que nossas ações, sentimentos ou inclinações revelam.

O tronco corresponde ao conhecimento que, segundo Gramigna (2002, p.19) trata-se do conjunto de informações que a pessoa armazena e lança mão quando precisa. A autora escreve que "quanto maior o conhecimento, mais a competência se fortalece e permite que o profissional enfrente com flexibilidade e sabedoria os diversos desafios de seu dia-a-dia". Segundo Chiavenato (2003), conhecimento significa todo o acervo de informações, conceitos, idéias, experiências e aprendizagens. Ferreira (1999) descreve conhecimento como ato ou efeito de saber, prática de vida, experiência. Resende (2003) considera conhecimento como produto de experiência, de aprendizagem, de busca de informações e de elaborações mentais aplicados objetiva e eficazmente.

A copa (com seus frutos, flores e folhas) corresponde às habilidades onde Gramigna (2002, p.20) descreve como "agir com talento, capacidade e técnica, obtendo resultados positivos".

Chiavenato (2003, p.5) conceitua habilidade como “capacidade de colocar o conhecimento em ação. Em saber transformar teoria em prática” e Ferreira (1999) fala que ter habilidade é ter aptidão para alguma coisa, ser capaz.

3.1.3 Classificação das Competências

A grande quantidade de definições e o desenvolvimento muito rápido do tema sugerem uma classificação para diferentes tipos de competência, favorecendo um aprendizado mais ágil e uma assimilação mais organizada (RESENDE, 2003).

1. Competências técnicas: de domínio apenas de determinados especialistas. Exemplo: saber dirigir carretas conforme o tipo de carga – competência específica de Motoristas de Transporte de Cargas.
2. Competências intelectuais: relacionadas com aplicação de aptidões mentais. Exemplo: ter capacidade de percepção e discernimento das situações.
3. Competências cognitivas: é um misto de capacidade intelectual com domínio de conhecimento. Exemplo: saber lidar com conceitos e teorias.
4. Competências relacionais: envolvem habilidades práticas de relações e interações. Exemplo: saber relacionar-se com pessoas nos diversos níveis de uma hierarquia.
5. Competências sociais e políticas: envolvem, ao mesmo tempo, relações e participações na atuação em sociedade. Exemplo: saber manter relações e convivências com pessoas, grupos, associações.
6. Competências didático-pedagógicas: voltadas para educação e ensino. Exemplo: saber ensinar e treinar obtendo resultados de aprendizagem.

7. Competências metodológicas: evidenciadas na aplicação de técnicas e meios de organização de atividades e trabalhos: saber definir roteiros e fluxos de serviços.

8. Competências de lideranças: reúnem habilidades pessoais e conhecimentos de técnicas de influenciar e conduzir pessoas para diversos fins ou objetivos na vida profissional ou social. Exemplo: saber organizar e conduzir grupos comunitários.

9. Competências empresariais e organizacionais: são aquelas aplicadas a diferentes objetivos e formas de organização e gestão empresarial. Pode-se classifica-las das seguintes maneiras:

a) Core Competências ou competências essenciais/principais de gestão empresarial, comuns a todas as áreas ou a um conjunto delas. Exemplo: competência estratégica, competência logística.

b) Competências de gestão: são específicas do nível gerencial, de áreas ou atividades fins e de apoio das empresas. Exemplos: competência de gestão de pessoas, competência de gestão de qualidade.

c) Competências gerenciais: são capacitações mais específicas da competência de gestão, compreendendo habilidades pessoais e conhecimentos de técnicas de administração ou gerenciamento, de aplicação em situações de direção, coordenação ou supervisão. Exemplos: capacidade de conduzir reuniões de trabalho produtivas, saber administrar, convergir ações para resultados comuns.

d) Competências requeridas pelos cargos: compreendem gerais e específicas requeridas aos ocupantes dos diversos cargos da empresa. Exemplos: saber dimensionar peças (inspetores, técnicos ou mecânicos de manutenção); saber classificar documentos contábeis (auxiliar de tesouraria).

Nosso recorte de pesquisa está relacionado às Competências empresarias e organizacionais, mais especificamente competências gerenciais. Resende (2003, p.60) define competência gerencial como "capacitações mais específicas da competência de gestão, compreendendo habilidades pessoais e conhecimentos de técnicas de administração ou gerenciamento, de aplicação em situações de direção, coordenação ou supervisão".

Os princípios e aplicações propostas por Quinn (2003, p.25) sugerem que o ocupante de um cargo de liderança gerencial deva possuir oito papéis, com competências necessárias para obter um desempenho efetivo em cada papel, conforme quadro 1.

Quadro 1 - OS OITO PAPÉIS DE LIDERANÇA GERENCIAL E SUAS RESPECTIVAS COMPETÊNCIAS CHAVE

PAPÉIS DE LIDERANÇA GERENCIAL	COMPETÊNCIAS CHAVE
Papel de mentor	1. Compreensão de si mesmo e dos outros 2. Comunicação eficaz 3. Desenvolvimento dos empregados
Papel de facilitador	1. Construção de equipes 2. Uso de processo decisório participativo 3. Administração de conflitos
Papel de monitor	1. Monitoramento do desempenho individual 2. Gerenciamento do desempenho e processos coletivos 3. Análise de informações com pensamento crítico
Papel de coordenador	1. Gerenciamento de projetos 2. Planejamento do trabalho 3. Gerenciamento multidisciplinar
Papel de diretor	1. Desenvolvimento e comunicação de uma visão 2. Estabelecimento de metas e objetivos 3. Planejamento e organização
Papel de produtor	1. Trabalho produtivo 2. Fomento de um ambiente de trabalho produtivo 3. Gerenciamento do tempo e do estresse
Papel de negociador	1. Construção e manutenção de uma base de poder 2. Negociação de acordos e compromissos 3. Apresentação de idéias
Papel de inovador	1. Convívio com a mudança 2. Pensamento criativo 3. Gerenciamento da mudança

Fonte: Quim, 2003

Mintzberg (1973 *apud* Chiavenato, 2003, p.7) prefere identificar dez papéis específicos do administrador (quadro2) divididos em três categorias: interpessoal, informacional e decisorial.

1. Papéis interpessoais: representam as relações com outras pessoas e estão relacionadas às habilidades humanas. Mostram como o administrador interage com as pessoas e influencia seus subordinados.

2. Papéis informacionais: descrevem as atividades para manter e desenvolver uma rede de informações. Mostram como o administrador intercambia e processa a informação.

3. Papéis decisórios: envolvem eventos e situações em que o administrador deve fazer uma escolha ou opção. Mostram como o administrador utiliza a informação em suas decisões.

Quadro 2 - OS DEZ PAPÉIS DO ADMINISTRADOR

CATEGORIA	PAPEL	ATIVIDADE
Interpessoal	Representação	Assume deveres cerimoniais e simbólicos, representa a organização, acompanha visitantes, assina documentos legais.
	Liderança	Dirige e motiva pessoas, treina, aconselha, orienta e se comunica com os subordinados.
	Ligação	Mantém redes de comunicação dentro e fora da organização, usa malotes, telefonemas e reuniões.
Informacional	Monitoração	Manda e recebe informação, lê revistas e relatórios, mantém contatos pessoais.
	Disseminação	Envia informação para os membros de outras organizações, envia memorandos e relatórios, telefonemas e contatos.
	Porta-voz	Transmite informações para pessoas de fora, através de conversas, relatórios e memorandos.
Decisorial	Empreendimento	Inicia projetos, identifica novas idéias, assume riscos, delega responsabilidades de idéias para os outros.
	Resolução de conflitos	Toma ação corretiva em disputas ou crises, resolve conflitos entre subordinados, adapta o grupo a crises e a mudanças.
	Alocação de recursos	Decide a quem atribuir recursos. Programa, orça e estabelece prioridades.
	Negociação	Representa os interesses da organização em negociações com sindicatos, em vendas compras ou financiamentos.

FONTE: Mintzberg (1973 *apud* Chiavenato, 2003)

3.2 COMPETÊNCIAS DO CIRURGIÃO DENTISTA

Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Odontologia (ALMEIDA, 2003) a formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente.

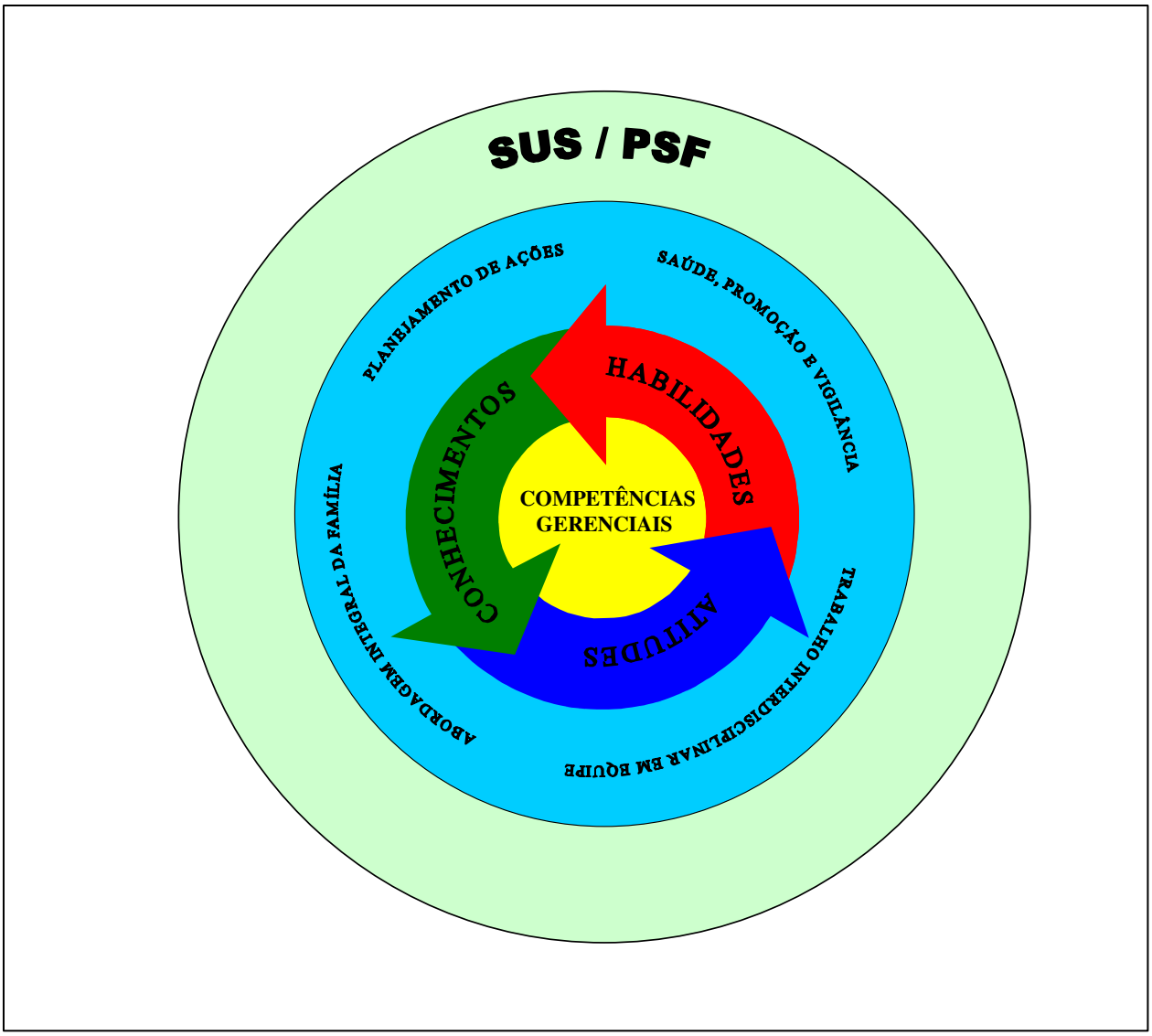
Enfocando em nosso tema de pesquisa, "administração e gerenciamento", as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Odontologia definem que:

> Os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde (ALMEIDA, 2003, p.17).

A continuação apresenta-se uma representação gráfica (figura 2) que mostra a dinâmica de interligação dos conceitos que embasarão o desenvolvimento desta pesquisa.

Concluímos então que ao se abordar o Programa Saúde da Família como estratégia do SUS, temos que o gerenciamento é fundamental nas ações de saúde e as competências gerais (conhecimentos, habilidades e atitudes) são elementos que interagem chegando-se à consolidação das competências gerenciais do cirurgião dentista, reforçando a consolidação das principais atribuições dos profissionais do PSF que são o planejamento de ações; saúde, promoção e vigilância, trabalho interdisciplinar em equipe e abordagem integral da família, contribuindo para o fortalecimento do SUS/PSF.

Figura 2 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO MARCO TEÓRICO



FONTE: o autor

4. CAPÍTULO IV – PERCURSO METODOLÓGICO

A felicidade não é uma estação de chegada,
mas uma maneira de viajar.
M. Rumbeck

A metodologia inclui uma abordagem quantitativa e qualitativa. A abordagem quantitativa parte do modelo originário na *University of North Carolina* utilizada na avaliação de programas (SAUPE, WENDHAUSEN, BENITO, CUTULO, 2004). A abordagem qualitativa se dará através de análise de conteúdo de entrevistas semi-estruturadas.

4.1 PRIMEIRA PARTE: MAPEANDO COMPETÊNCIAS

Objetiva relacionar (a partir da literatura e opinião de especialistas) e mapear as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) gerenciais dos cirurgiões dentistas do Programa Saúde da Família.

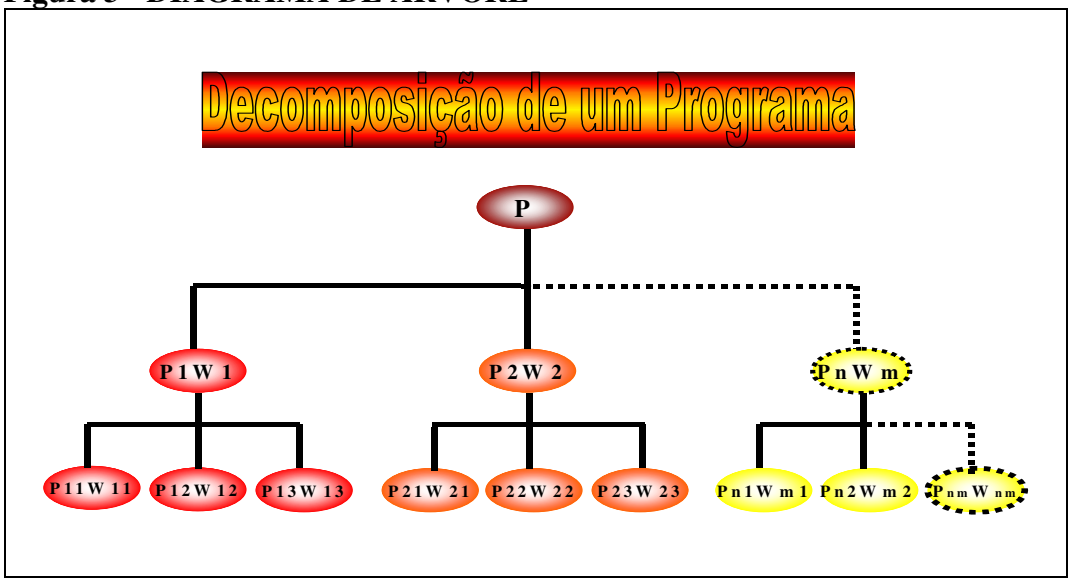
4.1.1 Primeira etapa: diagrama de árvore

O método inicia pela decomposição do programa a ser avaliado em todos os seus componentes, o mais detalhadamente possível. As fontes para a definição dos componentes se originam no próprio programa em avaliação, na literatura e pode envolver a consulta a especialistas, orientando a definição de categorias ou variáveis a serem privilegiadas. Esta etapa pode ser considerada como a contextualização do fenômeno, capturando as várias perspectivas de perceber a realidade na qual está embutido o programa a ser avaliado (SAUPE, WENDHAUSEN, BENITO, CUTULO, 2004).

Recomenda-se a organização de mapas a partir dos descritores ou palavras-chave evidenciados no processo de captura, que vão possibilitar a identificação de aproximações e distanciamentos entre as várias perspectivas. O mapeamento auxilia a delimitar a realidade, a estabelecer prioridades e subsidia a análise da viabilidade e factibilidade das proposições (SAUPE, WENDHAUSEN, BENITO, CUTULO, 2004).

Passa-se então a construção do diagrama por parte do pesquisador envolvido no projeto de avaliação, que necessariamente precisa ter uma perspectiva interdisciplinar e domínio da temática, e por isto está capacitado a construir o primeiro exemplar do desenho da avaliação, que é denominado "Diagrama de Árvore" (figura 3), incluindo todos os aspectos que pretende abordar, isto de forma hierárquica. Esta matriz será então submetida a um grupo de profissionais definidos entre especialistas na área a ser descrita na segunda etapa (SAUPE, WENDHAUSEN, BENITO, CUTULO, 2004).

Figura 3 - DIAGRAMA DE ÁRVORE



FONTE: SPINOLA e PEREIRA, 1976, 1977 apud SAUPE, WENDHAUSEN, BENITO, CUTULO (2004).

Legenda: P = Resultado dos **PESOS** atribuídos pelos juizes (escala de 1 a 5).
W = **INDICE** final da avaliação dos sujeitos consultados (escala de 0 a 10)

4.1.2 Segunda etapa: método do júri

Estabelecida a matriz original representada pelo 'Diagrama de Árvore' (figura 3), considerada a primeira etapa do processo, passa-se à segunda fase. Nesta, considerando-se que cada componente do diagrama apresenta uma importância relativa, procede-se à ponderação de cada ramificação. Esta ponderação é efetivada através do Método do Júri ou consulta a *experts*, considerada uma forma científica de construir e/ou avaliar programas e projetos. Parte do princípio de que a construção de modelos fica consolidada quando submetida à apreciação de especialistas na área. São considerados possíveis 'juízes' os estudiosos e pesquisadores da área de conhecimento relacionada ao tema, convidados para atuarem como consultores do mesmo, ficando o júri composto por número ímpar daqueles que aceitarem participar (SAUPE, WENDHAUSEN, BENITO, CUTULO, 2004).

Para o estabelecimento dos pesos correspondentes a cada variável componente do Diagrama de Árvore pode-se obedecer a múltiplos critérios (SAUPE, WENDHAUSEN, BENITO, CUTULO, 2004):

a) - prioridade dos objetivos;

b) - custos ou benefícios;

c) - quantificação das atividades;

d) - *inputs* ou *outputs*; e

e) - importância da atividade/componente.

Nesta pesquisa optamos por utilizar a atribuição dos pesos através da "importância do componente", conforme opinião dos juízes, ou seja, cada juiz atribuiu um valor, conforme importância atribuída a cada variável componente do diagrama, sempre em comparação com

as demais em seu nível.. A importância da atividade será traduzida por um peso resultante da aplicação da seguinte escala (SAUPE, WENDHAUSEN, BENITO, CUTULO, 2004):

Peso 1 = associa-se a uma atividade cuja importância relativa, em seu grupo e nível de desdobramento, é "muito baixa";

Peso 2 = associa-se a uma atividade cuja importância relativa, em seu grupo e nível de desdobramento, é "baixa";

Peso 3 = associa-se a uma atividade cuja importância relativa, em seu grupo e nível de desdobramento é "mediana";

Peso 4 = associa-se a uma atividade cuja importância relativa, em seu grupo e nível de desdobramento, é "alta";

Peso 5 = associa-se a uma atividade cuja importância relativa, em seu grupo e nível de desdobramento, é "muito alta".

4.1.3 Terceira etapa: concordância dos juízes

Após obtermos os pesos atribuídos pelos diversos juizes, foi verificada a concordância entre os mesmos. Esta concordância ocorre quanto todos os avaliadores atribuíram o mesmo valor à variável em questão. Quando a concordância não se expressa por esta unanimidade, o método recomenda a que sejam aplicados testes estatísticos, utilizando-se da média ou da mediana. Resulta daí um mapa detalhado em todos os seus componentes, com seu valor relativizado frente aos demais componentes, possibilitando a análise pretendida (SAUPE, WENDHAUSEN, BENITO, CUTULO, 2004).

4.1.4 Quarta etapa: construção do instrumento e coleta dos dados

Completado o Diagrama de Árvore com todas as suas atividades discriminadas e pesos atribuídos, passamos à construção do(s) instrumento(s) sob a forma de um questionário, focalizando as atividades de ultimo nível e ajustando a uma escala Likert. A forma de aplicação do(s) instrumento(s) para a coleta dos dados foi a entrevista (SAUPE, WENDHAUSEN, BENITO, CUTULO, 2004).

4.1.5 Quinta etapa: avaliação do desempenho

Todas as medidas se iniciam pelas atividades de último nível e vão prosseguindo pelas ramificações do Diagrama de Árvore até chegarem ao programa como um todo. No caso do desempenho, distinguem-se dois processos (SAUPE, WENDHAUSEN, BENITO, CUTULO, 2004):

a) medida das atividades de último nível, cujos critérios podem ser vários.

Foi utilizado o critério subjetivo, que consiste em estabelecer a correspondência entre os valores de uma escala ordinal – através da qual foram medidas as variáveis de avaliação – e a escala padrão de medida do desempenho, apresentada na figura 4. A escala ordinal corresponde diretamente à escala padrão, ou seja, de 0 (zero) à 10 (dez) para ambas. Assim, a equação a ser aplicada é a seguinte:

$$\frac{(Ve1 \times Nr1)+(Ve2 \times Nr2)+\ldots\ldots\ldots}{Nr1+Nr2+Nr3+\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots}$$ Até incluir todas as questões.

Legenda: Ve1 = Valor da escala LIKERT na questão 1, e assim sucessivamente.
Nr1 = Número de respostas na questão 1, e assim sucessivamente.

b) medida das atividades dos demais níveis, que consiste na aplicação da equação:

$$D = \frac{\sum Da\ Wa}{\sum\ Wa}$$

Legenda: $\sum Da$ = Somatória da avaliação de desempenho das atividades do último nível.
Wa = Peso das atividades atribuídos pelos juízes.
$\sum$ Wa = Somatória dos pesos

Ou seja, o desempenho de cada variável é igual a somatória dos índices resultantes da avaliação das atividades de último nível e multiplicados pelo seu peso; este resultado é dividido pela somatória dos pesos.

Os valores obtidos em cada variável são convertidos para uma Escala de Medida do Desempenho (figura 4). Conforme esta escala, os valores situados entre 0 (zero) e 4 (quatro) correspondem a 'região de fracasso', indicando a extrema fragilidade das variáveis que ficarem neste patamar; entre 4,1 (quatro e um) e 7 (sete) encontra-se a 'região de indefinição' que atribui à variável um desempenho intermediário; o sucesso é alcançado quando a variável atingir um patamar acima de 7,1 (sete e um), evidenciando o pleno alcance do objetivo relativo a mesma.

FIGURA 4 – ESCALA PADRÃO DE MEDIDA DO DESEMPENHO

FONTE: Adaptada de SPINOLA e PEREIRA (1976, 1977) apud SAUPE, WENDHAUSEN, BENITO, CUTULO (2004).

Estes resultados são inseridos no Diagrama de Árvore, completando o ciclo da avaliação. Ou seja, cada componente ou variável avaliada terá sua representação, incluindo sua descrição, o peso relativo de seu valor em confronto com os demais componentes de seu nível de desdobramento, a explicitação se houve ou não concordância entre os juizes quanto ao valor relativo da variável e uma medida de seu desempenho, sempre frente ao conjunto de aspectos avaliados.

4.1.6 Sexta etapa: entrevista

Até a quinta etapa descrevemos a metodologia de investigação quantitativa que foi utilizada. O instrumento, caracterizado como "quantitativo", foi aplicado individualmente a cada sujeito pesquisado e acompanhado de uma entrevista semi-estruturada, visando captar aspectos subjetivos vinculados à temática.

Entendemos que dados qualitativos enriqueceram o mapeamento sobre as competências gerenciais dos odontólogos do Programa Saúde da Família, favorecendo uma maior aproximação à situação real estudada.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Fizeram parte deste estudo os profissionais cirurgiões dentistas que atuam no Programa Saúde da Família do município de Curitiba-Pr há mais de 08 (oito) anos. A escolha da cidade de Curitiba se deve ao fato do pesquisador ser funcionário da Secretaria Municipal de Saúde da

Prefeitura Municipal de Curitiba tendo facilidade de coleta de dados e porque o município iniciou o Programa Saúde da Família com equipe completa, ou seja, equipe médica, enfermagem e odontológica. As primeiras equipes ingressas no Programa Saúde da Família em 1995 e 1996, foram capacitadas para a prática da medicina comunitária através de um convênio do município com a Universidade de Toronto, no Canadá, motivo este que levou o pesquisador a fazer o recorte da amostra.

A amostra foi constituída pelo maior número localizado de cirurgiões dentistas e que aceitaram participar do estudo, no período que corresponde à coleta dos dados. Foi do tipo não probabilística e por conveniência, respeitando o direito de participar ou não do estudo e fazendo emprego termo de consentimento livre e esclarecido conforme preconiza a resolução 196/96 (apêndice A).

4.3 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi efetivada pelo mestrando. Iniciou-se somente após a aprovação deste projeto pela Comissão de Ética da UNIVALI e sua qualificação junto ao Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde – opção Saúde da Família.

4.4 ANÁLISE

A análise dos dados quantitativos já está descrita no item 4.1.5. A análise dos dados qualitativos inicia pela organização de informações coletadas através das entrevistas citadas

no item 4.1.6. Nesta etapa respostas dos sujeitos são organizadas de tal maneira que possibilitem a visualização concomitante de vários depoimentos. Este processo permite apreender a perspectiva coletiva, não nega a contribuição dos sujeitos autônomos, que apresentem opiniões pessoais, diferenciadas e originais e inclui expectativas do pesquisador e indicações da literatura, que não foram contempladas (SAUPE, WENDHAUSEN, BENITO, CUTULO, 2004).

4.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos relativos a esta dissertação estão diretamente relacionados à aprovação do mesmo pela Comissão de Ética e Pesquisa da UNIVALI, através do parecer n° 381/2003 de 09 de setembro de 2003 (anexo A). Refere-se também ao acordo estabelecido entre o pesquisador envolvido, quanto à propriedade intelectual dos dados e trabalhos produzidos. Assim, é importante esclarecer que, os dados originários do projeto serão de propriedade do mestrando responsável pelo mesmo e fundamentarão sua dissertação de mestrado. Dos artigos e trabalhos produzidos e publicados, usando esta parcela de conhecimento, participarão o mestrando e a orientadora, podendo ser incluído outro pesquisador que vier a contribuir efetivamente em sua consecução. Toda a produtividade decorrente deste projeto citará a UNIVALI, o Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, grupo pesquisa de Educação na Saúde e Gestão do Trabalho, bem como os órgãos de fomento que venham a financiar parcelas ou a totalidade do projeto. Dos relatórios parciais e finais encaminhados às instituições promotoras, financiadoras ou que venham a participar, constarão todos os pesquisadores envolvidos; para a solução de dúvidas surgidas ao longo do

desenvolvimento do projeto serão ouvidos os pesquisadores e se necessário, será solicitada a mediação da Comissão de Ética da UNIVALI.

No que diz respeito à necessária interação com os sujeitos da amostra estudada, o processo da pesquisa obedeceu a todos os procedimentos técnicos e éticos estabelecidos pelas Resoluções 196/ 96 e 251/97, do Conselho Nacional de Saúde, bem como normalizações emanadas da Comissão de Ética em Pesquisa da UNIVALI. Os informantes foram consultados sobre interesse em participar; esclarecendo-se que a não participação não acarretaria nenhum prejuízo a sua pessoa. Além disso, receberam as seguintes informações: objetivos, justificativa, metodologia e importância de sua participação; que o anonimato será rigorosamente observado, não havendo identificação dos instrumentos; que os resultados encontrados serão utilizados para fins acadêmicos de pesquisa e publicações e os mesmos ficarão à disposição dos entrevistados e das instituições participantes da pesquisa; da necessidade de assinarem Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A).

5. CAPÍTULO V – RESULTADOS

Dados não são informações
e informação não é conhecimento
Eugene L. Bryan

Este capítulo apresenta, descreve, analisa e discute os dados obtidos através da aplicação da metodologia apresentada no capítulo anterior. As entrevistas foram realizadas na cidade de Curitiba. Esta escolha se deve ao fato do pesquisador trabalhar na Prefeitura Municipal de Curitiba - PMC tendo facilidade de coleta de dados e porque o município iniciou o Programa Saúde da Família com equipe completa, ou seja, equipe médica, enfermagem e odontológica, incorporando o conceito de Equipe de Saúde da Família, desde a sua implantação.A seqüência mostra os resultados encontrados em cada etapa do percurso metodológico.

Primeira Etapa: Construção do diagrama de árvore

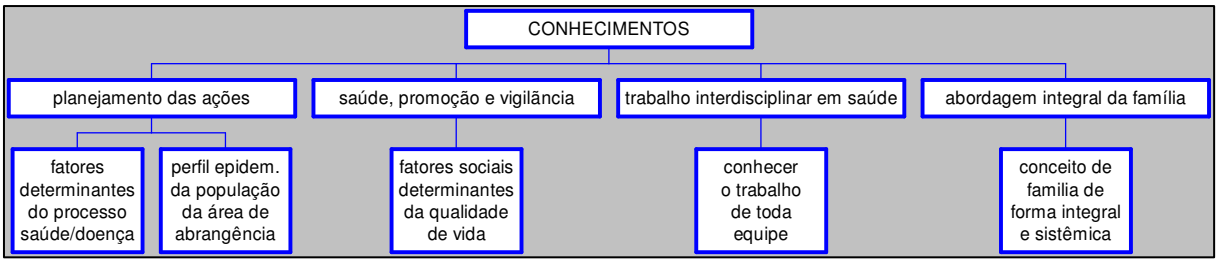
O resultado da primeira etapa do percurso metodológico, construção do diagrama de árvore, foi alcançado juntamente com o projeto "Competências dos Recursos Humanos em Saúde para consolidação do Sistema Único de Saúde: Programa/Estratégia de Saúde da Família" ao qual este projeto está vinculado, onde a opção pelas competências fundamentou-se nos seguintes argumentos:

> 1. na decisão por abordar competências gerais, atribuíveis a todos os profissionais de saúde, considerando serem estas mais necessárias, neste momento. Entendemos que as competências específicas de cada profissão já se encontram consolidadas, todavia, as "novas" demandas das políticas de saúde, exigem um processo de trabalho compartilhado, ainda pouco compreendido e que precisa ser viabilizado. Entendemos ainda que, nesta perspectiva, os resultados do estudo trarão maior contribuição à área;
> 2. nos documentos oficiais que abordam o assunto (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB; Diretrizes Curriculares para os Cursos da Área da Saúde - DC; Sistema Único de Saúde – SUS; Programa/Estratégia

de Saúde da Família – PSF/ESF)" (SAUPE, WENDHAUSEN, BENITO, CUTULO, 2004, p.40).

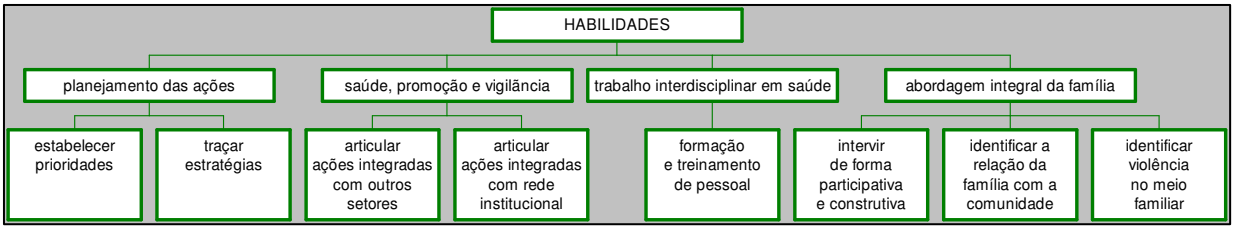
Obtivemos então os seguintes diagramas:

Figura 5 - DIAGRAMA DOS CONHECIMENTOS REQUERIDOS PARA COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DO CD DO PSF



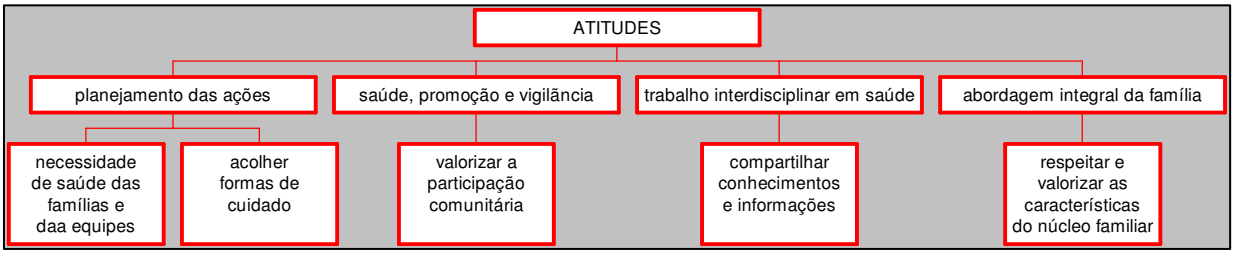
FONTE: (SAUPE, WENDHAUSEN, BENITO, CUTULO, 2004).

Figura 6 - DIAGRAMA DAS HABILIDADES REQUERIDAS PARA COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DO CD DO PSF



FONTE: (SAUPE, WENDHAUSEN, BENITO, CUTULO, 2004).

Figura 7 - DIAGRAMA DAS ATITUDES REQUERIDAS PARA COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DO CD DO PSF



FONTE: (SAUPE, WENDHAUSEN, BENITO, CUTULO, 2004).

Segunda Etapa: Método do júri

Para cumprir esta etapa, foi selecionado um corpo de *experts* na temática em estudo, aos quais foram submetidos os diagramas construídos (apêndice B). O grupo de juizes foi composto por 07 (sete) profissionais da saúde, todos cirurgiões dentistas com experiência em gerência de serviços de saúde, sendo 01 (um) profissional que trabalha no Ministério da Saúde, onde atuou como coordenador de Saúde Bucal e apoio técnico do Programa Saúde da Família e 06 (seis) profissionais que atuam em diferentes cargos gerenciais na Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba, sendo 01 (um) coordenador municipal do Programa de Saúde Bucal, 01 (um) apoio técnico municipal do Programa de Saúde Bucal , 01 (um) apoio técnico distrital do Programa de Saúde Bucal, 01 (um) supervisor de Distrito Sanitário, 01 (um) coordenador de Distrito Sanitário e 01 (uma) Autoridade sanitária Local . A consulta foi realizada através de entrevista previamente agendada onde todos os selecionados, quando convidados, aceitaram participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A).

A entrevista foi dividida em dois momentos, primeiro os juízes entrevistados responderam ao questionário (apêndice C) composto de perguntas para coleta de informações sobre sexo, idade, tempo de formado, tempo de atuação na Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba, tempo de atuação em gerência de serviços de saúde, cargo atual, cargos que atuou e cursos de pós-graduação.

Os dados relacionados na tabela 1, mostram o perfil dos juízes entrevistados, segundo os questionários respondidos.

Tabela 1 - DADOS REFERENTES AOS JUÍZES ENTREVISTADOS

VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO	JUÍZES	PORCENTAGEM
Sexo	Masculino	1	14%
	Feminino	6	86%
Idade (anos)	entre 30 e 34	1	14%
	entre 35 e 39	3	43%
	entre 40 e 44	3	43%
Tempo de Formado (anos)	entre 10 e 14	2	29%
	entre 15 e 19	3	42%
	entre 20 e 24	2	29%
Tempo de PMC (anos)	entre 10 e 14	2	29%
	entre 15 e 19	5	71%
Tempo de gerência (anos)	menos de 10	3	43%
	entre 10 e 15	3	43%
	mais de 15	1	14%

FONTE: Pesquisa de campo

A variável sexo demonstra que a maioria dos entrevistados (86%) são profissionais de sexo feminino totalizando 06 (seis) e somente 01 (um) do sexo masculino; as faixas etárias de maiores concentrações foram “ente 35 e 39 anos” e “40 e 44 anos” (43% cada) onde a média da idade ficou em 39 (trinta e nove) anos; o tempo de graduação ficou “entre 15 e 19 anos”, totalizando 42% dos juízes, onde o tempo médio de formado foi 17 (dezessete) anos; 71% dos juízes tem “entre 15 e 19 anos” de tempo de funcionalismo público na Prefeitura Municipal de Curitiba, onde a média é de 15 anos; o tempo de gerência dos serviços de saúde ficou em “menos de 10” anos para 43% dos juízes e o mesmo percentual para o tempo “entre 10 e 15 anos”, onde a média é de 11 (onze) anos de gerência em serviços de saúde.

No segundo momento os diagramas (apêndice B) foram submetidos aos juízes para avaliação com o objetivo de cada juiz atribuir um peso de valor relativo entre 01 (um) e 05 (cinco) para cada componente do diagrama, conforme a escala preconizada no item 4.1.2 do percurso metodológico.

Na tabela abaixo encontramos os dados referentes à distribuição dos pesos e medianas atribuído pelos juízes convidados.

Tabela 2 - PESOS ATRIBUÍDOS PELOS JUÍZES

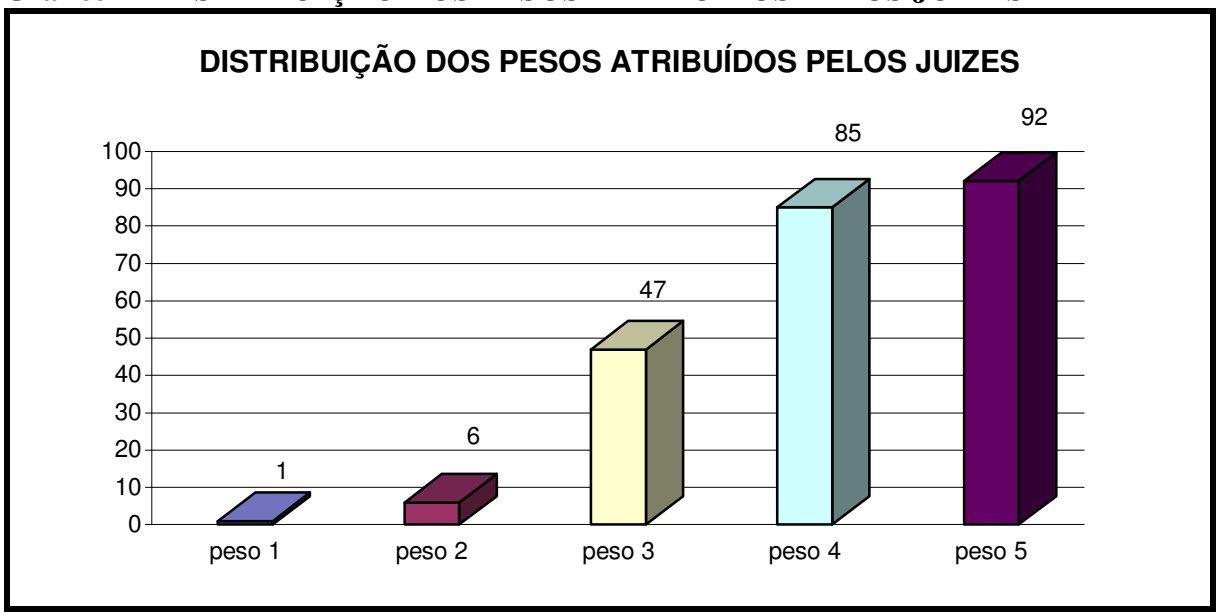
JUÍZES	PESOS ATRIBUÍDOS PELOS JUÍZES					MEDIANA
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	
J1		4	9	12	8	4
J2	1		7	11	14	4
J3			5	9	19	5
J4			9	8	16	4
J5			6	17	10	4
J6				15	18	5
J7		2	11	13	7	4
TOTAL	1	6	47	85	92	Mediana
PORCENTAGEM	0,43%	2,59%	20,34%	37,22%	39,39%	Geral = 4

FONTE: Pesquisa de campo

Observamos nesta tabela que 76,61% dos juízes atribuíram “peso 4” – importância alta ou “peso 5” – importância muito alta; 20,34% das atribuições pelos juízes foram “peso 3” – importância mediana e somente 3,02% das competências selecionadas no estudo, foram atribuídas “peso 1” – importância muito baixa ou “peso 2” – importância baixa. A mediana geral, isto é, a mediana entre todos os componentes atribuídos por todos os juízes foi equivalente ao “peso 4” – importância alta, confirmando que as competências selecionadas nesse estudo foram consideradas relevantes

O gráfico 1 nos mostra a distribuição dos 231 pesos atribuídos pelos juizes confirmando que a maioria dos componentes receberam o valores “peso 4” e “peso 5”.

Gráfico 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS PESOS ATRIBUÍDOS PELOS JUIZES



FONTE: Pesquisa de campo

Terceira Etapa: Verificação da concordância entre os Juizes

Em nenhum dos 33 (trinta e três) componentes constantes dos diagramas avaliados pelos juizes houve o que denominamos de concordância natural, ou seja, não ocorreu unanimidade entre os juízes. Assim, conforme o percurso metodológico da pesquisa indica, foi estabelecida a mediana dos pesos para cada item. Porém para refinar as diferenças, calculamos também a média. Estes resultados estão apresentados na tabela 5 e nas figuras 8, 9 e 10.

Na tabela 3 verifica-se a importância de todos os componentes do diagrama, onde o valor mediano das medianas dos componentes dos gráficos ficou em 4 (quatro) e o valor médio das médias ficou estabelecido em 4,14, reforçando a importância da competência gerencial para os cirurgiões dentistas que trabalham no Programa Saúde da Família.

Tabela 3 - MÉDIAS E MEDIANAS ATRIBUÍDAS PELOS JUÍZES

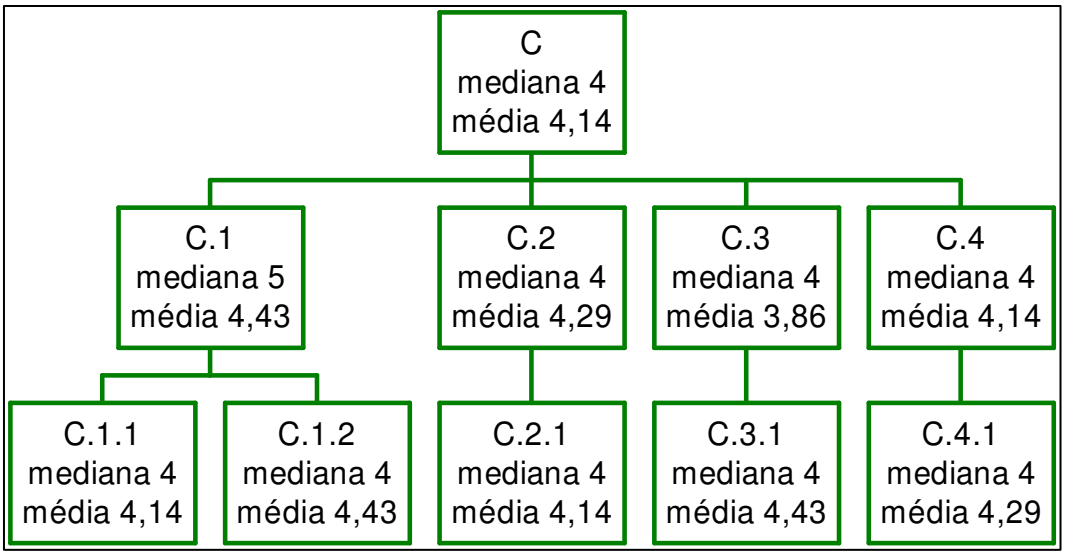
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	1 Muito Baixa	2 Baixa	3 Mediana	4 Alta	5 Muito Alta	MEDIANA	MÉDIA
C	**Conhecimentos**	0	0	1	6	0	4	4,14
C.1	Planejamento das Ações	0	0	1	2	4	5	4,43
C.1.1	Fatores determinantes do Processo Saúde Doença	0	0	0	6	1	4	4,14
C.1.2	Perfil Epidemiológico ad População ad Área de Abrangência	0	0	0	4	3	4	4,43
C.2	Saúde, Promoção e vigilância	0	0	1	3	3	4	4,29
C.2.1	Fatores Sociais Determinantes ad Qualidade de Vida	0	0	1	4	2	4	4,14
C.3	Trabalho Interdisciplinar em Saúde	0	1	0	5	1	4	3,86
C.3.1	Conhecer o Trabalho de toda Equipe	0	0	0	4	3	4	4,43
C.4	Abordagem Integral da Família	0	0	2	2	3	4	4,14
C.4.1	Conceito de Família de forma Integral e Sistêmica	0	0	1	3	3	4	4,29
H	**Habilidades**	0	0	1	6	0	4	3,86
H.1	Planejamento das Ações	0	0	3	0	4	5	4,14
H.1.1	Estabelecer Prioridades	0	0	0	3	4	5	4,57
H.1.2	Traçar Estratégias	0	0	0	1	6	5	4,86
H.2	Saúde, Promoção e Vigilância	0	0	4	3	0	3	3,43
H.2.1	Articular Ações Integradas com outros Setores ad Sociedade	0	1	1	1	4	5	4,14
H.2.2	Articular Ações Integradas com rede Institucional	0	1	1	2	3	4	4,00
H.3	Trabalho Interdisciplinar em saúde	0	0	2	1	4	5	4,29
H.3.1	Formação e treinamento de Pessoal Auxiliar, Voluntário, estagiário	0	2	3	2	0	3	3,00
H.4	Abordagem Integral da Família	1	0	3	1	2	4	3,71
H.4.1	Intervir de forma Participativa e Construtiva	0	0	0	5	2	4	4,00
H.4.2	Identificar a Relação ad família com a Comunidade	0	0	5	2	0	3	3,29
H.4.3	Identificar a Violência no meio Familiar	0	1	5	1	0	3	3,00
A	**Atitudes**	0	0	0	2	5	5	4,71
A.1	Planejamento das Ações	0	0	1	0	6	5	4,71
A.1.1	Estabelecer Prioridades	0	0	0	2	5	5	4,71
A.1.2	Traçar Estratégias	0	0	3	3	1	4	3,71
A.2	Saúde, Promoção e vigilância	0	0	2	3	2	4	4,00

A.2.1	Estimular Participação Comunitária	0	0	2	0	5	5	4,43
A.3	Trabalho Interdisciplinar em Saúde	0	0	0	1	6	5	4,86
A.3.1	Compartilhar Conhecimentos e Informações	0	0	0	3	4	5	4,57
A.4	Abordagem Integral da Família	0	0	2	3	2	4	4,00
A.4.1	Respeitar e valorizar as características do Núcleo Familiar	0	0	2	1	4	5	4,29
	total absoluto	1	6	47	85	92	Mediana das	Média das
	total em porcentagem	0,43%	2,59%	20,34%	37,22%	39,39%	Medianas = 4	Médias = 4,14

FONTE: Pesquisa de campo

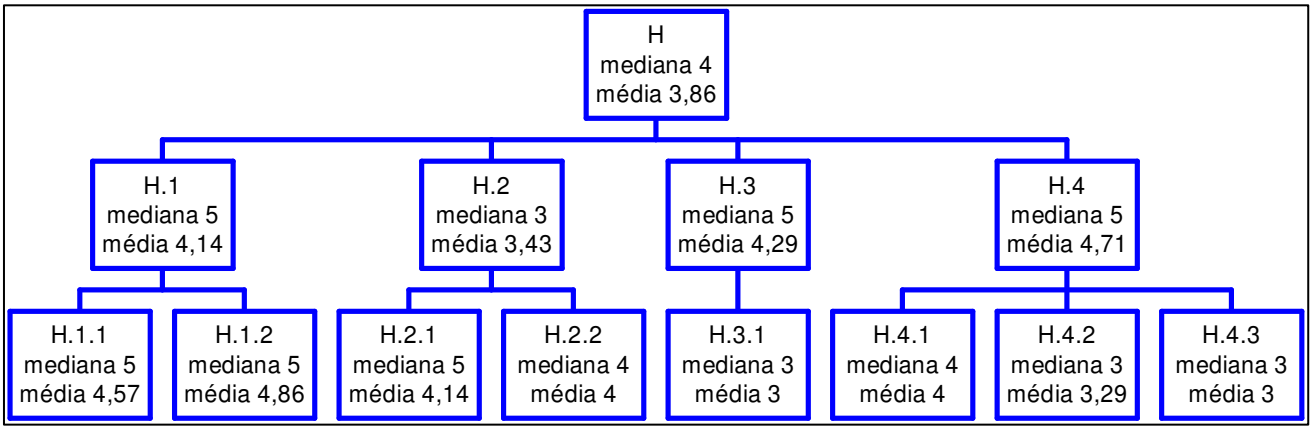
A partir destes resultados, construímos novos organogramas mostrando os pesos (mediana e média) atribuídos pelos juízes, como mostra as figuras 8, 9 e 10.

Figura 8 - MÉDIA E MEDIANA DOS COMPONENTES DE CONHECIMENTOS ATRIBUÍDAS PELOS JUÍZES



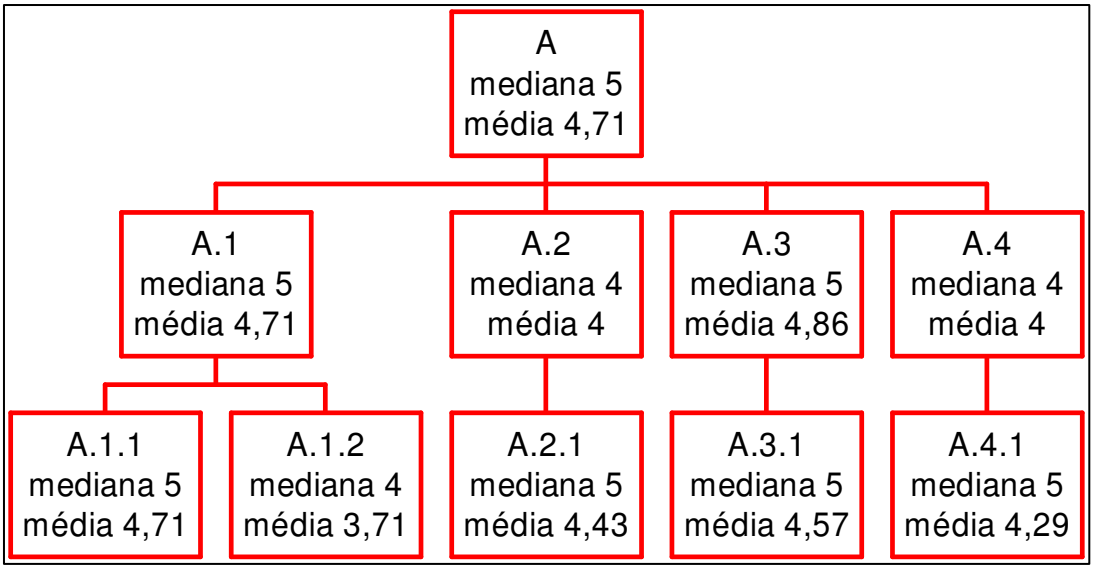
FONTE: Pesquisa de campo

Figura 9 - MÉDIA E MEDIANA DOS COMPONENTES DE HABILIDADES ATRIBUÍDAS PELOS JUÍZES



FONTE: Pesquisa de campo

Figura 10 - MÉDIA E MEDIANA DOS COMPONENTES DE ATITUDES ATRIBUÍDAS PELOS JUÍZES



FONTE: Pesquisa de campo

Esse resultado vem ao encontro do Conselho Nacional de Educação que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia resolvendo que a formação do Cirurgião Dentista deve dotar o profissional de conhecimentos para o exercício da competência e habilidade de administração e gerenciamento:

> os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde (ALMEIDA, 2003, p.17).

Quarta Etapa: Construção do instrumento e coleta dos dados

O instrumento de coleta dos dados foi construído de igual forma ao projeto mãe ao qual esse estudo faz parte, com o objetivo de poder mais tarde realizar comparações com os achados de outras pesquisas realizadas dentro do mesmo tema.

Denominado “questionário para os cirurgiões dentistas que atuam no PSF” (apêndice D), o instrumento é dividido em 3 (três) partes, a primeira parte é um convite ao colega cirurgião dentista a participar da pesquisa contribuindo para a identificação e hierarquização das competências gerenciais do cirurgião dentista do Programa Saúde da Família na consolidação do Sistema Único de Saúde. A segunda parte contém dados de identificação do entrevistado, como informações sobre sexo, idade, tempo de formação acadêmica, tempo de funcionalismo público na Prefeitura Municipal de Curitiba e tempo de atuação no Programa Saúde da Família foram coletadas. A terceira parte do instrumento contém as questões na qual os conhecimentos, habilidades e atitudes foram avaliadas quantitativamente e questões qualitativas onde o entrevistado pode incluir outras competências não contempladas no questionário.

Quinta Etapa: Avaliação do desempenho

A população selecionada para a aplicação deste instrumento foi composta de profissionais cirurgiões dentistas que atuam no Programa Saúde da Família do município de Curitiba-Pr há mais de 08 (oito) anos. Este recorte se deu devido ao fato de que esses primeiros cirurgiões dentistas, ingressos no PSF em 1995 e 1996, foram capacitados para a prática da medicina comunitária através de um convênio do município com a Universidade de Toronto, no Canadá, partindo do pressuposto de que estes profissionais têm uma visão mais profunda e consolidada dos princípios do Programa Saúde da Família. Foram entrevistados um total de 29 (vinte e nove) cirurgiões dentistas.

Inicialmente procuramos descrever um perfil do grupo pesquisado, através dos dados de identificação do entrevistado que incluem sexo, idade tempo de formação no curso de odontologia, tempo de funcionário da Prefeitura Municipal de Curitiba e tempo de atuação no

Programa Saúde da Família. Como resultado dessa primeira parte da entrevista obtivemos os seguintes dados:

Quanto ao sexo dos entrevistados, 06 (seis) cirurgiões dentistas são do sexo masculino e 23 (vinte e três) são do sexo feminino, mostrando que 79% dos cirurgiões dentistas que atuam no Programa Saúde da Família da cidade de Curitiba são do sexo feminino e somente 21 % são do sexo masculino.

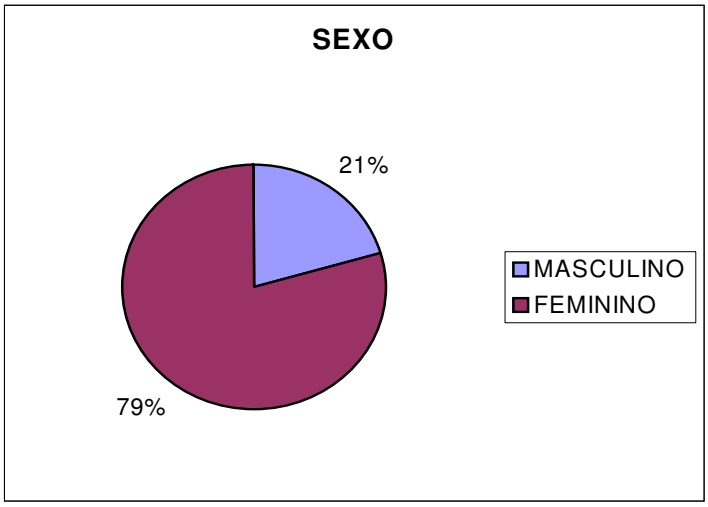
Tabela 4 – VARIÁVEL SEXO DOS ENTREVISTADOS

SEXO	TOTAL	PORCENTAGEM
MASCULINO	6	21%
FEMININO	23	79%
Total	29	100%

FONTE: Pesquisa de campo

O gráfico a seguir mostra a predominância do sexo feminino entre os cirurgiões dentistas entrevistados.

Gráfico 2 – VARIÁVEL SEXO DOS ENTREVISTADOS



FONTE: Pesquisa de campo

Na questão idade, verifica-se entre os entrevistados, que os cirurgiões dentistas que atuam no Programa Saúde da Família da cidade de Curitiba, tem idade maior que 30 anos. A maioria dos cirurgiões dentistas tem entre 40 e 44 anos e se considerarmos a faixa acima de 40 anos, a porcentagem sobe para 52%, ou seja, mais da metade dos dentistas.

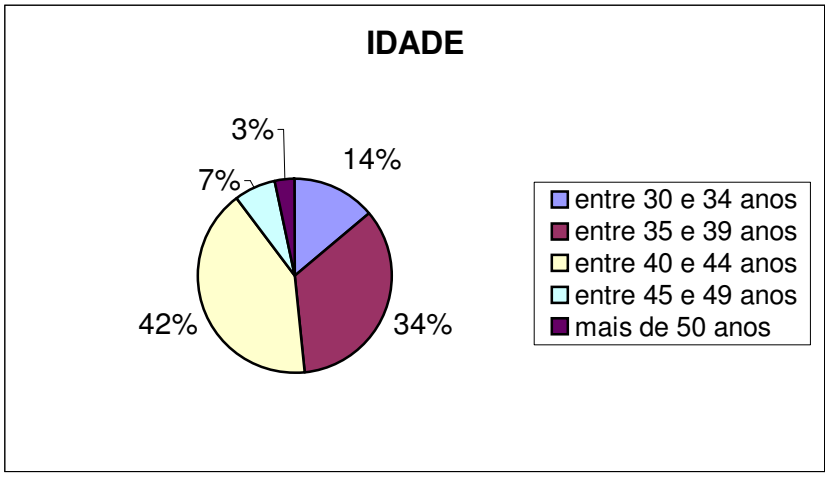
Tabela 5 – VARIÁVEL IDADE DOS ENTREVISTADOS

IDADE	TOTAL	PORCENTAGEM
entre 30 e 34 anos	4	14%
entre 35 e 39 anos	10	34%
entre 40 e 44 anos	12	42%
entre 45 e 49 anos	2	7%
mais de 50 anos	1	3%
total	29	100%

FONTE: Pesquisa de campo

O gráfico 3 mostra a predominância das idades entre 35 e 44 anos entre os cirurgiões dentistas entrevistados.

Gráfico 3 – VARIÁVEL IDADE DOS ENTREVISTADOS



FONTE: Pesquisa de campo

Quanto ao tempo de formação no curso de Odontologia, observa-se que a maioria dos cirurgiões dentista tem entre 10 e 14 anos de formação em odontologia, ou seja, 42% do total de entrevistados e que 58% tem 15 anos ou mais de formação no curso de odontologia.

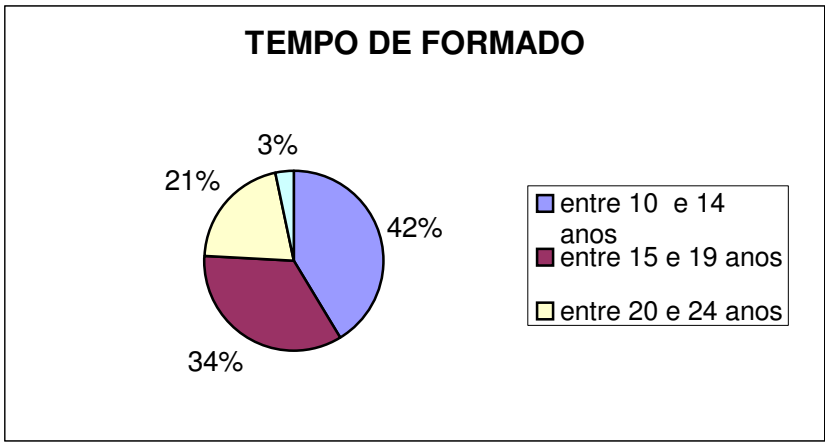
Tabela 6 – VARIÁVEL TEMPO DE FORMADO DOS ENTREVISTADOS

TEMPO DE FORMADO	TOTAL	PORCENTAGEM
entre 10 e 14 anos	12	42%
entre 15 e 19 anos	10	34%
entre 20 e 24 anos	6	21%
25 anos ou mais	1	3%
Total	29	100%

FONTE: Pesquisa de campo

O gráfico 4 mostra a predominância de 10 à 14 anos de formado, seguido por 15 à 19 anos de formado, chegando a um percentual de 76% se considerarmos a faixa de 10 a 19 anos de tempo de graduação em odontologia.

Gráfico 4 – VARIÁVEL TEMPO DE FORMADO DOS ENTREVISTADOS



FONTE: Pesquisa de campo

Os dados sobre o tempo de atuação como funcionário público na Prefeitura Municipal de Curitiba - PMC mostram que a grande maioria, ou seja, 62% tem entre 10 e 14 anos de funcionalismo público na cidade de Curitiba.

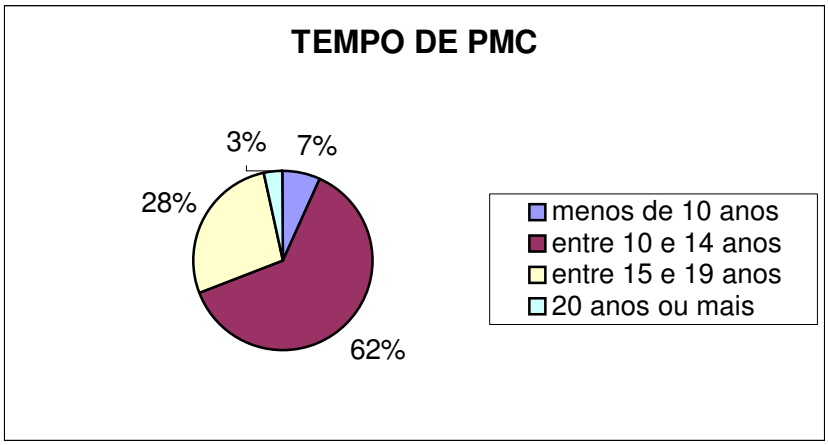
Tabela 7- VARIÁVEL TEMPO DE PMC DOS ENTREVISTADOS

TEMPO DE PMC	TOTAL	PORCENTAGEM
menos de 10 anos	2	7%
entre 10 e 14 anos	18	62%
entre 15 e 19 anos	8	28%
20 anos ou mais	1	3%
Total	29	100%

FONTE: Pesquisa de campo

O gráfico 5 mostra a predominância da faixa de cirurgiões dentistas que trabalham na PMC entre 10 e 14 anos. Se considerarmos a faixa entre 10 e 19 anos, a porcentagem atinge um total de 90%.

Gráfico 5 – VARIÁVEL TEMPO DE PMC DOS ENTREVISTADOS



FONTE: Pesquisa de campo

Em relação ao tempo de atuação no Programa Saúde da Família, verificamos que a maior parte dos entrevistados, correspondendo a 65%, atuam no Programa Saúde da família há 8 anos.

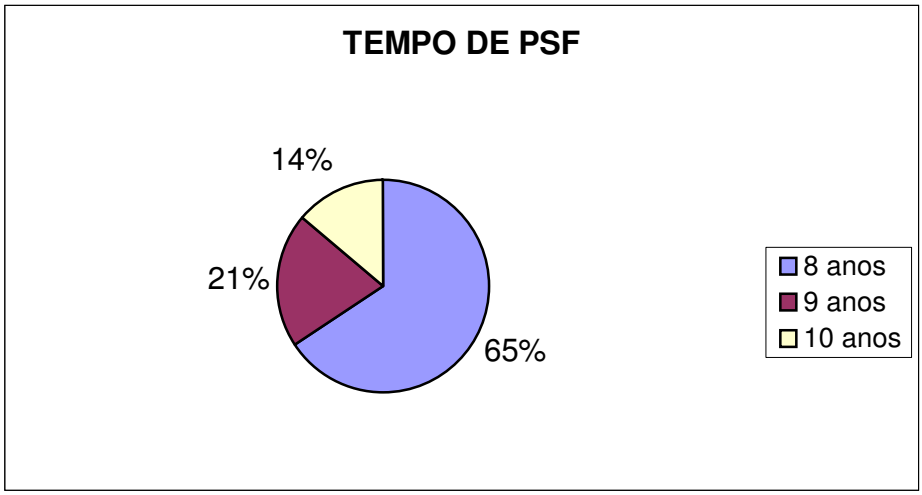
Tabela 8 – VARIÁVEL TEMPO DE PSF DOS ENTREVISTADOS

TEMPO DE PSF	TOTAL	PORCENTAGEM
entre 8 e 9 anos	19	65%
entre 9 e 10 anos	6	21%
10 anos ou mais	4	14%
Total	29	100%

FONTE: Pesquisa de campo

O gráfico 6 mostra que todos os entrevistados tem mais de 8 anos de PSF, como proposto na metodologia. No caso de considerarmos a faixa entre 8 e 10 anos, o percentual chega a 86%.

Gráfico 6 – VARIÁVEL TEMPO DE PSF DOS ENTREVISTADOS

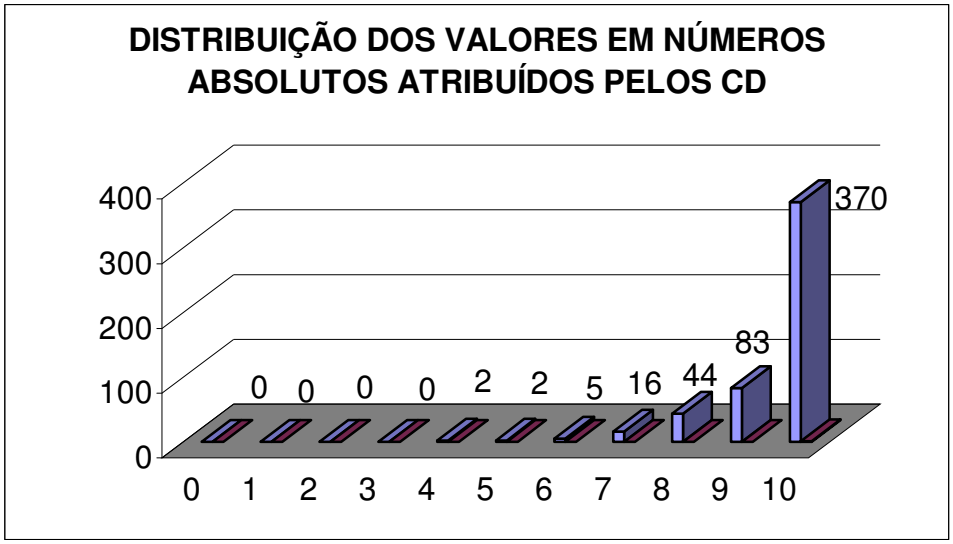


FONTE: Pesquisa de campo

Após analisarmos os dados relativos ao perfil dos entrevistados, passamos a apresentar os dados da segunda parte do "questionário para os cirurgiões dentistas que atuam no PSF". Cada questionário aplicado aos entrevistados foi composto de 18 (dezoito) questões (referentes a cada componente mais extremo dos diagramas aplicados aos juizes) totalizando 522 respostas dos 29 (vinte e nove) cirurgiões dentistas entrevistados, aos quais deveriam atribuir notas, valores relativo entre 0 (zero) – totalmente negativa e 10 (dez) – totalmente positiva.

O gráfico 7 mostra a distribuição dos pesos atribuídos pelos cirurgiões dentistas entrevistados, onde ocorreu uma forte concentração nos valores 8 (oito), 9 (nove) e principalmente no valor 10 (dez).

Gráfico 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES EM NÚMEROS ABSOLUTOS ATRIBUÍDOS PELOS CIRURGIÕES DENTISTAS

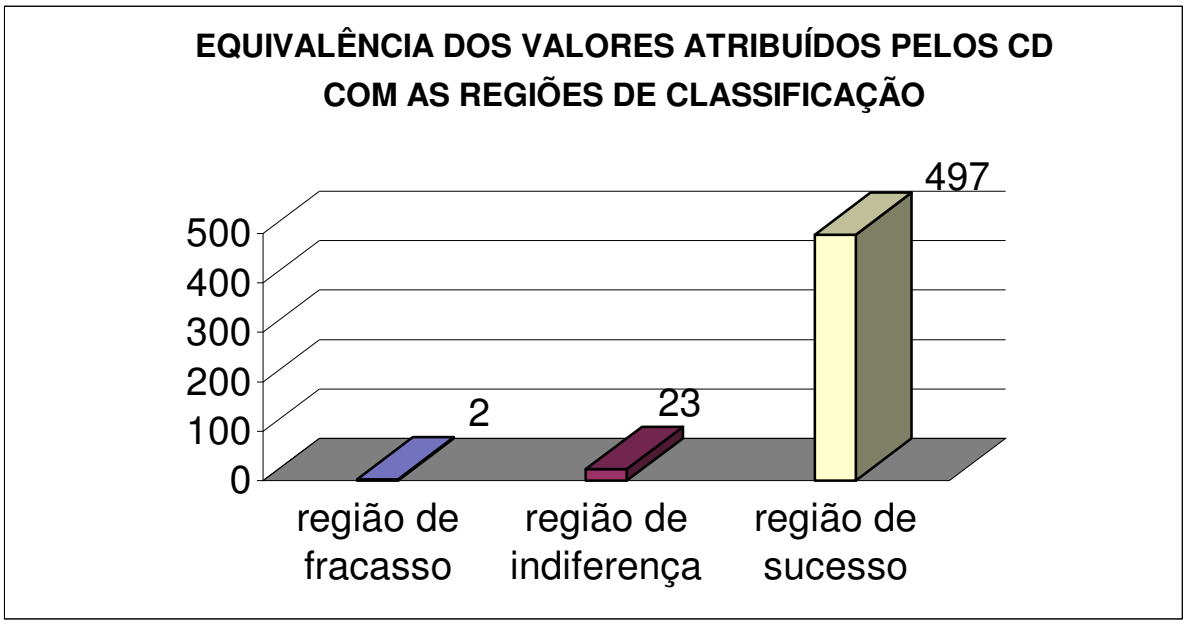


FONTE: Pesquisa de campo

Se analisarmos somente os valores atribuídos pelos entrevistados conforme escala da figura 4 – escala padrão de medida do desempenho, verificamos no gráfico 8 que somente duas

avaliações indicaram a “região de fracasso” – 0,38%; na “região de indiferença”, 23 (vinte e três) avaliações resultando num percentual de 4,41% e 95,21%, isto é, 497 avaliações indicaram a “região de sucesso” fornecendo subsídios para concluir que os cirurgiões dentistas aprovam as competências gerenciais propostas na pesquisa.

Gráfico 8 – EQUIVALÊNCIA DOS VALORES ATRIBUÍDOS PELOS CIRURGIÕES DENTISTAS COM AS REGIÕES DE CLASSIFICAÇÃO



FONTE: Pesquisa de campo

Na tabela 9 encontramos os dados referentes à distribuição dos valores e seus correspondentes significados, conforme atribuídos pelos cirurgiões dentistas entrevistados.

O menor valor atribuído pelos entrevistados foi o “valor 4” – duas atribuições, e o maior foi o “valor 10” – 370 atribuições, perfazendo um total de 70,88% das respostas. Dentre os 29 (vinte e nove) entrevistados, 7 (sete) atribuíram nota máxima em todas as questões.

Observamos que a média dos valores atribuídos pelos entrevistados foi de 9,50. A menor média individual de valores foi de 7,44 e a maior de 10,00. O valor da mediana individual variou entre 7,5 e 10,00, e a mediana das medianas individuais foi de 10,00.

Tabela 9 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES ATRIBUÍDOS PELOS CIRURGIÕES DENTISTAS ENTREVISTADOS

dentistas	valor 0	valor 1	valor 2	valor 3	valor 4	valor 5	valor 6	valor 7	valor 8	valor 9	valor 10	mediana	média
D01							1	2	3	4	8	9	8,89
D02					2	1	3	2	5	1	4	8	7,44
D03											18	10	10,00
D04										1	17	10	9,94
D05									2	3	13	10	9,61
D06											18	10	10,00
D07										7	11	10	9,61
D08											18	10	10,00
D09								1	5	6	6	9	8,94
D10											18	10	10,00
D11										1	17	10	9,94
D12											18	10	10,00
D13											18	10	10,00
D14								1	3	2	12	10	9,39
D15									1		17	10	9,89
D16									1	1	16	10	9,83
D17								2			16	10	9,67
D18						1					17	10	9,72
D19										1	17	10	9,94
D20										3	15	10	9,83
D21							1	8	7	1	1	7,5	7,61
D22									8	6	4	9	8,78
D23									2	6	10	10	9,44
D24									4	6	8	9	9,22
D25										12	6	9	9,33
D26											18	10	10,00
D27									1	6	11	10	9,56
D28									2	7	9	9,5	9,33
D29										9	9	9,5	9,50
total	0	0	0	0	2	2	5	16	44	83	370	Mediana das	Média das
%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,38%	0,38%	0,96%	3,07%	8,43%	15,90%	70,88%	medianas = 10	médias = 9,50

FONTE: Pesquisa de campo

Na tabela 10 que mostra as respostas dos entrevistados em cada componente do questionário, observamos que 79,06% das notas atribuídas para as questões foram de valor 10 (dez), e que a média das notas foi de 9,5, variando de 9 à 9,86. Nenhuma questão recebeu unanimidade dos entrevistados e a única questão com nota mediana 9 (nove) e a de menor pontuação na média, também 9 (nove), foi “Formação e treinamento de pessoal auxiliar, voluntário, estagiário”, referente ao componente H.3.1 e a questão de maior pontuação das médias foi “Estabelecer prioridades”, referente ao componente H.1.1, que recebeu nota 9,86.

Tabela 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES ATRIBUÍDOS PELOS CIRURGIÕES DENTISTAS ENTREVISTADOS POR COMPONENTE DO QUESTIONÁRIO

componente	Descrição	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	mediana	média
C.1.1	Fatores determinantes do Processo Saúde Doença				1				3		25	10,00	9,59
C.1.2	Perfil Epidemiológico da População da Área de Abrangência								3	5	21	10,00	9,62
C.2.1	Fatores Sociais Determinantes da Qualidade de Vida					1		2	3	6	17	10,00	9,21
C.3.1	Conhecer o Trabalho de toda Equipe								3	6	20	10,00	9,59
C.4.1	Conceito de Família de forma Integral e Sistêmica						1		4	6	18	10,00	9,38
H.1.1	Estabelecer Prioridades								2		27	10,00	9,86
H.1.2	Traçar Estratégias							1	1	2	25	10,00	9,76
H.2.1	Articular Ações Integradas com outros Setores da Sociedade							1	5	10	13	9,00	9,21
H.2.2	Articular Ações Integradas com rede Institucional							2	5	7	15	10,00	9,21
H.3.1	Formação e treinamento de pessoal auxiliar, voluntário, estagiário				1	1		2	4	4	17	10,00	9,00
H.4.1	Intervir de forma Participativa e Construtiva							2		4	23	10,00	9,66
H.4.2	Identificar a Relação da família com a Comunidade						2	1	1	7	18	10,00	9,31
H.4.3	Identificar a Violência no meio Familiar						2	2	2	5	18	10,00	9,21
A.1.1	Estabelecer Prioridades							1		3	25	10,00	9,79
A.1.2	Traçar Estratégias							1	3	5	20	10,00	9,52
A.2.1	Estimular Participação Comunitária							1	3	3	22	10,00	9,59
A.3.1	Compartilhar Conhecimentos e Informações									5	24	10,00	9,83
A.4.1	Respeitar e valorizar as características do Núcleo Familiar								3	4	22	10,00	9,66
TOTAL ABSOLUTO		0	0	0	2	2	5	16	45	82	370	**mediana das medianas =** 10,00	**média das médias =** 9,50
TOTAL PERCENTUAL		0,00	0,00	0,00	0,43	0,43	1,07	3,42	9,62	17,52	79,06		

FONTE: Pesquisa de campo

A próxima etapa do percurso metodológico consiste em calcular através da aplicação das equações, o valor de desempenho de cada componente do diagrama de árvore, seguindo a metodologia proposta, iniciamos com o cálculo dos desempenhos das atividades do último nível do diagrama (apêndice E) e logo após calculamos os desempenhos dos demais níveis da árvore (apêndice F).

Embora no percurso metodológico inicialmente proposto, a fórmula para o cálculo do valor de desempenho utilizasse a mediana, aqui, novamente como na Terceira Etapa – Verificação da concordância entre os Juizes, utilizamos também a média para refinar mais os resultados.

Os resultados encontrados, apresentados na tabela 11, mostram que todos os componentes ficaram, segundo a escala padrão de medida de desempenho descrita no percurso metodológico, na "região de sucesso", confirmando que todos os componentes sugeridos inicialmente na pesquisa, através da construção da árvore de competências, são de importância relevante para o cirurgião dentista que atua no Programa Saúde da Família gerenciar os serviços de saúde. Observamos que os componentes que receberam menor desempenho, embora tenha um valor de desempenho igual a 9 (nove), foram os componentes H.3 – Habilidade no trabalho interdisciplinar em saúde e H.3.1 – Habilidade em formação e treinamento de Pessoal auxiliar, voluntário e estagiário e o componente de maior importância teve um valor de desempenho igual a 9,86 que corresponde ao H.1.1 Habilidade em estabelecer prioridades.

Tabela 11 - VALORES DE DESEMPENHO POR COMPONENTE DO DIAGRAMA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	desempenho
C	**Conhecimentos**	9,62
C.1	Planejamento das Ações	9,6
C.1.1	Fatores determinantes do Processo Saúde Doença	9,59
C.1.2	Perfil Epidemiológico ad População da Área de Abrangência	9,62
C.2	Saúde, Promoção e vigilância	9,21
C.2.1	Fatores Sociais Determinantes ad Qualidade de Vida	9,21
C.3	Trabalho Interdisciplinar em Saúde	9,59
C.3.1	Conhecer o Trabalho de toda Equipe	9,59
C.4	Abordagem Integral da Família	9,38
C.4.1	Conceito de Família de forma Integral e Sistêmica	9,38
H	**Habilidades**	9,35
H.1	Planejamento das Ações	9,8
H.1.1	Estabelecer Prioridades	9,86
H.1.2	Traçar Estratégias	9,76
H.2	Saúde, Promoção e Vigilância	9,21
H.2.1	Articular Ações Integradas com outros Setores ad Sociedade	9,21
H.2.2	Articular Ações Integradas com rede Institucional	9,21
H.3	Trabalho Interdisciplinar em saúde	9
H.3.1	Formação e treinamento de Pessoal Auxiliar, Voluntário, estagiário	9
H.4	Abordagem Integral da Família	9,41
H.4.1	Intervir de forma Participativa e Construtiva	9,66
H.4.2	Identificar a Relação ad família com a Comunidade	9,31
H.4.3	Identificar a Violência no meio Familiar	9,21
A	**Atitudes**	9,69
A.1	Planejamento das Ações	9,67
A.1.1	Estabelecer Prioridades	9,79
A.1.2	Traçar Estratégias	9,52
A.2	Saúde, Promoção e vigilância	9,59
A.2.1	Estimular Participação Comunitária	9,59
A.3	Trabalho Interdisciplinar em Saúde	9,83
A.3.1	Compartilhar Conhecimentos e Informações	9,83
A.4	Abordagem Integral da Família	9,66
A.4.1	Respeitar e valorizar as características do Núcleo Familiar	9,66

FONTE: Pesquisa de campo

Com os resultados encontrados até agora, foram construídas novas "árvores" (figuras 11, 12, 13, 14) com os valores de desempenho de cada componente encontrados até aqui. Esses desempenhos serão analisados a seguir:

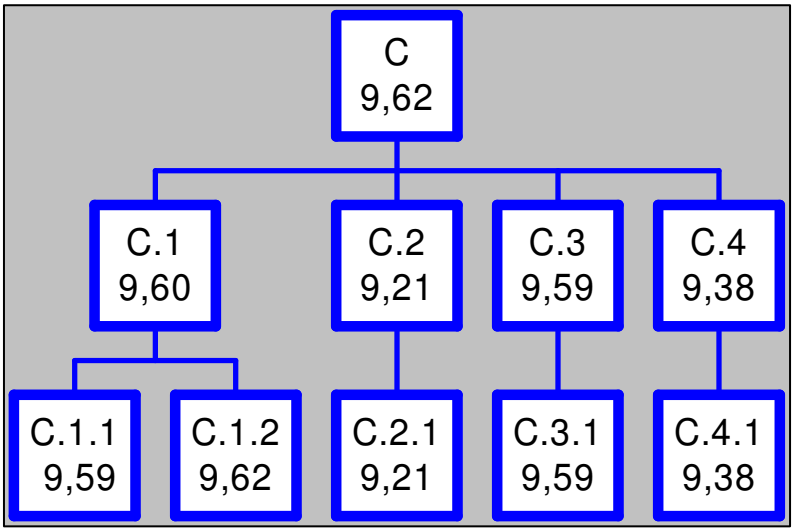
Análise dos componentes dos conhecimentos gerenciais a serem desenvolvidos pelos cirurgiões dentistas que atuam no Programa Saúde da Família:

Observa-se na figura 11 que o componente C.2.1 – conhecimento dos fatores sociais determinantes de qualidade de vida foi o que teve menor importância em relação ao conhecimento.

O componente C.1.2 – conhecimento sobre o perfil epidemiológico da população da área de abrangência foi o que teve maior valor de desempenho confirmando que para o planejamento de serviços e administração de uma Unidade de Saúde da Família, é muito importante conhecer a clientela assistida e a demanda de serviços, que permitam adequações na capacidade de atendimento e adoção de medidas com vistas à satisfação das necessidades do cliente (REBELO, 1995). Este conhecimento propicia uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, o que permite o planejamento de intervenções para além das práticas curativas (FIGUEIREDO, 2003).

Do mesmo modo Bertussi, Oliveira e Lima (2001) colocam que o gerente de Unidade Básica de Saúde deve conhecer o perfil epidemiológico da população de seu território. Sendo que através da analise de informações demográficas, de morbi-mortalidade e de condições de vida, é possível listar e priorizar os problemas desta área e, posteriormente, realizar proposta de intervenção para impactar os mesmos.

Figura 11 - DESEMPENHO DOS COMPONENTES DO CONHECIMENTO



FONTE: pesquisa de campo

Análise do desempenho dos componentes das habilidades gerenciais a serem desenvolvidos pelos cirurgiões dentistas que atuam no Programa Saúde da Família:

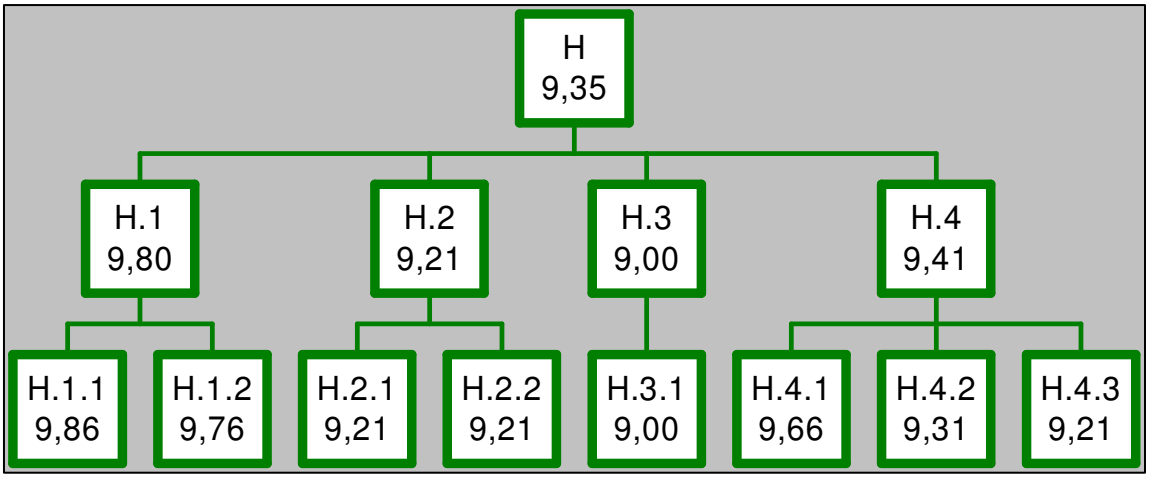
Observa-se na figura 12 que o componente H.3.1 – habilidade em formação e treinamento de pessoal foi o que teve menor importância em relação aos outros componentes das habilidades, e o componente H.1.1 – habilidade em estabelecer prioridades foi o que teve maior valor de desempenho.

Treinamento da equipe deve ser uma variável considerável, pois as organizações precisam de profissionais capacitados para o alcance das suas metas e objetivos. Nesse sentido, necessitam não somente de um processo seletivo adequado, mas também de um trabalho contínuo com os funcionários, integrando-os na própria função e no contexto institucional (LEITE e PEREIRA apud KURCGANT, 1991).

Uma das estratégias para que isso ocorra é a educação do funcionário no seu local de trabalho, facilitando a transformação do potencial do empregado em comportamentos objetivos, além de oferecer condições, para que interprete e utilize a realidade que o cerca.Relembrando que treinamento é um processo educacional que visa gerar mudanças de comportamento, transmissão de conhecimento, desenvolvimento de habilidades, mudanças de atitudes (BERGAMINI, 1980; BOOG, 1994).

Theiss (2004) coloca que a intuição está relacionada à capacidade de perceber, discernir, ver, ato ou capacidade de pressentir. Pode ainda ser considerada como uma forma de captar informações sem recorrer aos métodos do raciocínio e da lógica, é tomar decisões corretas com dados incompletos. Percebe-se assim que a intuição pode ser considerada uma qualidade essencial do líder/gerente. Também Bousso e Ângelo (2001) colocam a importância do uso da intuição no trabalho prático aliada ao conhecimento científico e tecnológico e à habilidade de observação para o cuidar da família.

Figura 12 - DESEMPENHO DOS COMPONENTES DA HABILIDADE



FONTE: Pesquisa de campo

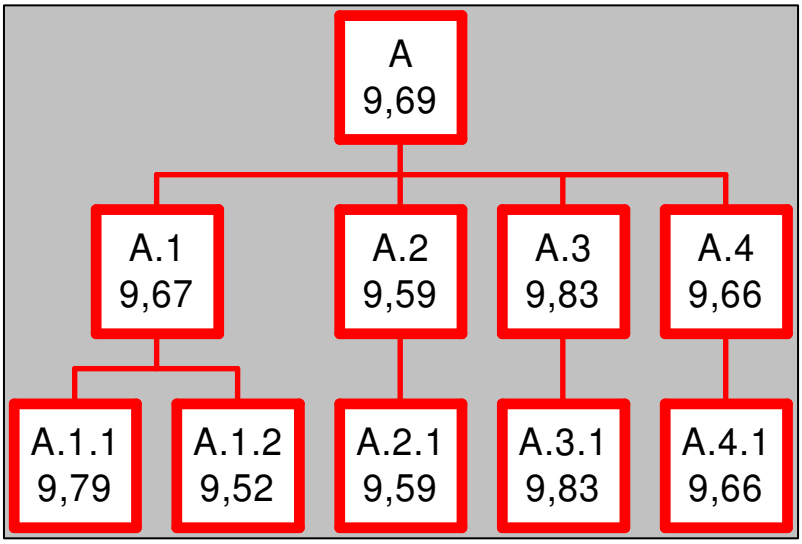
Análise do desempenho dos componentes das atitudes gerenciais a serem desenvolvidos pelos cirurgiões dentistas que atuam no Programa Saúde da Família:

Observamos na figura 13 que o componente A.1.2 – respeitar e acolher as necessidades de saúde das famílias e das equipes foi o que teve menor valor de desempenho e o componente A.3.1 – atitude de compartilhar conhecimentos e informações foi o que teve maior valor de desempenho.

Nos serviços de saúde, a comunicação pode ser vista como uma competência que o profissional de saúde deve desenvolver. Dessa forma, entender a comunicação como um processo colabora com a qualidade dos relacionamentos estabelecidos no trabalho, seja com a equipe de saúde, seja no registro das atividades, ou na assistência ao paciente, família e comunidade (JUNIOR e MATHEUS, 1996).

A comunicação pode ser entendida como a troca de informações entre indivíduos, tendo como propósito proporcionar informação e a compreensão necessárias para que as pessoas possam se conduzir em suas tarefas (CHIAVENATO, 2003).

Figura 13 - DESEMPENHO DOS COMPONETES DA ATITUDE



FONTE: Pesquisa de campo

Análise do desempenho dos componentes Planejamento das ações; Saúde, promoção e vigilância; Trabalho interdisciplinar em equipe e Abordagem intergral da família a serem desenvolvidos pelos cirurgiões dentistas que atuam no Programa Saúde da Família:

Analisando somente os itens Planejamento das ações; Saúde, promoção e vigilância; Trabalho interdisciplinar em equipe e Abordagem intergral da família, sob os aspectos Conhecimentos, Habilidades e Atitudes, mostrados na tabela 12, verificamos que para planejar o mais importante é ter Habilidade, isto é, saber fazer planejamento das ações. Para Claus (2001) planejar ações em saúde significa desenvolver um conjunto de habilidades que determine formas de agir necessárias para aumentar os níveis de saúde da população.

Tabela 12 - DESEMPENHO DOS COMPONENTES PLANEJAMENTO DAS AÇÕES; SAÚDE, PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA, TRABALHO INTERDICIPLINAR EM EQUIPE E ABORDAGEM INTEGRAL DA FAMÍLIA

	Planejamento das Ações	Saúde, Promoção e Vigilância	Trabalho Interdisciplinar em saúde	Abordagem Integral da Família
CONHECIMENTOS	9,6	9,21	9,59	9,38
HABILIDADES	9,8	9,21	9	9,41
ATITUDES	9,67	9,59	9,83	9,66

FONTE: Pesquisa de campo

Nos itens saúde, promoção e vigilância; trabalho interdisciplinar em saúde e abordagem integral da família, a Atitude foi o componente mais importante.

Atitude pode ser entendida como sendo as condições complexas do ser humano que afetam o estado comportamental das pessoas referem-se, portanto, às questões sociais e afetivas relativas ao trabalho (HARB, 2001). Pode ser definida como uma predisposição da pessoa na

determinação de uma reação comportamental em relação a um produto, organização, pessoa, fato ou situação (MATTAR, 1996).

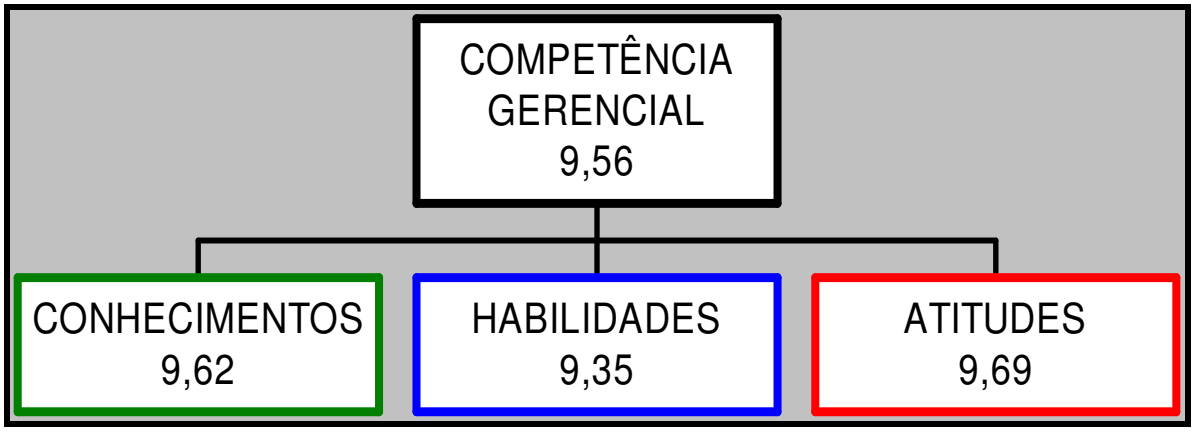
Da mesma forma, as atitudes dizem respeito ao “saber ser”, as predisposições para as decisões e ações construídas a partir de referenciais estéticos, políticos e éticos. De forma articulada aos conhecimentos e habilidades, mobilizam os padrões da prática para a qualidade requerida de um profissional por uma determinada organização (DELUIZ, 1995).

Percebe-se então que o “saber ser” está ligado aos valores que um individuo possui, ou seja, suas características pessoais e culturais, a capacidade de se comunicar, interagir ou adaptar-se a novas situações entre outras. Então, as atitudes desenvolvidas pelo cirurgião dentista no Programa Saúde da família - PSF estão relacionadas ao seu comportamento frente às situações impostas pela prática profissional. Neste sentido, uma atitude importante para a prática do cirurgião dentista é ser justo com a equipe e usuários.

Análise do desempenho dos Conhecimentos, Habilidades e Atitudes a serem desenvolvidos pelos cirurgiões dentistas que atuam no Programa Saúde da Família:

Analisando a figura 14, observamos que os valores de desempenho encontrados foram os seguintes: 9,62 para o componente Conhecimentos; 9,35 para o componente Habilidades; e 9,69 para o componente Atitudes.

Figura 14 - DESEMPENHO DOS CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES



FONTE: Pesquisa de campo

O conhecimento é a relação que se estabelece entre o sujeito que conhece ou deseja conhecer e o objeto a ser conhecido ou que se dá a conhecer (ROSAS, 2004). É a capacidade de interpretar e operar sobre um conjunto de Informações. Essa capacidade é criada a partir das relações existentes entre o conjunto de informações, e desse conjunto com outros conjuntos que já lhe são familiares. Percebe-se assim, que o conhecimento é dinâmico, ou seja, quem conhece pode estabelecer novas relações, tirar novas conclusões, fazer novas inferências, agregar novas Informações, reformular significados. Neste sentido, ao exercitar o conhecimento, o indivíduo se consolida e cresce como profissional (HASHIMOTO, 2003).

Observa-se então, que as competências relacionadas ao conhecimento são de suma importância para o cirurgião dentista, pois é a partir do conhecimento que o profissional interpreta e estabelece novos direcionamentos para sua prática.

O conceito de habilidade está relacionado com a forma de execução de tarefas, na aplicação de conhecimentos, de agir, de pensar. Percebe-se assim que as habilidades favorecem a aplicação de competência no desenvolvimento do trabalho (RESENDE, 2003). As habilidades

estão associadas ao “saber fazer”: ação física ou mental que indica a capacidade adquirida. Assim, identificar variáveis, compreender fenômenos, relacionar informações, analisar situações-problema, sintetizar, julgar, correlacionar e manipular são exemplos de habilidades (MORETTO, 2004).

A figura 14 mostra que a dimensão Atitudes é o componente de maior importância dentro das competências gerenciais do cirurgião dentista que atua no Programa Saúde da Família.

> Sem dúvida a competência pessoal mais importante é a atitude. Defendemos o ponto de vista de que o administrador precisa ser um agente de mudança dentro das organizações. É ele que faz acontecer as mudanças de mentalidade, de cultura, de processos, de atividades, de produtos/serviços etc. Seu principal produto é a inovação. É o administrador que torna as organizações mais eficazes e competitivas e as orienta rumo ao sucesso em um complicado mundo de negócios cheio de mudanças e competição. Mas, para que seja paladino da mudança e da inovação capazes de garantir e manter a competitividade organizacional, o administrador precisa desenvolver certas características pessoais que o tornam um verdadeiro líder na organização, como combatividade, assertividade, convicção profunda, não-aceitação do *status quo*, inconformismo com a mediocridade e alta dose de espírito empreendedor (CHIAVENATO, 2003, p.6).

O resultado final mostra um desempenho no valor de 9,56, região de sucesso segundo a “escala padrão de medida do desempenho” citada no percurso metodológico, confirmando a relevância da competência gerencial do cirurgião dentista que atua no Programa Saúde da Família.

Ferreira (2004) escreve que gerenciar serviços de saúde não é uma tarefa fácil, que se trata de um trabalho complexo e muitos são os recursos a serem gerenciados: humanos, técnicos, administrativos e políticos.

Compete então ao gerente de serviços de saúde conduzir e administrar a Unidade de Saúde, de forma a propiciar que a equipe produza as ações necessárias para o alcance dos objetivos estabelecidos em conjunto com os outros níveis do sistema, com a população e com os trabalhadores.

Sexta Etapa: Entrevista

Até a Quinta Etapa descrevemos os resultados quantitativos da pesquisa. As questões caracterizadas como "qualitativas" foram inseridas no mesmo instrumento denominado "questionário para os cirurgiões dentistas que atuam no PSF" (apêndice D) e aplicadas a cada sujeito pesquisado visando captar aspectos subjetivos vinculados à temática.

As questões qualitativas foram inseridas logo após cada parte do questionário, onde se solicitou incluir outras competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) para o gerenciamento dos serviços de saúde pelo cirurgião dentista do PSF que o entrevistado considerasse importante e que não foram contemplados na composição do instrumento de coleta de dados. Dos 29 (vinte e nove) entrevistados, 12 (doze) cirurgiões dentistas sugeriram acrescentar algumas competências.

Como respostas, obtivemos as seguintes sugestões para o componente **conhecimentos**:

- Relações humanas com a equipe odontológica;
- Saber interagir com a equipe;
- Conhecer o território de atuação;
- Dinâmica de grupos;

· Conhecer as características do território em que vai atuar (geográfico, cultural, histórico, etc.);

· Conhecer o território e procurar identificar com clareza suas características;

· Sobre lideranças que atuam na área;

· Sobre planejamento estratégico.

Para o componente **habilidades**, as sugestões foram:

· Saber dispor dos recursos oferecidos para o trabalho com as famílias, otimizando resultados;

· Resolutividade;

· Habilidade técnica;

· Habilidade de trabalhar com a comunidade;

· Liderança positiva das relações interpessoais;

· Ter condições de comandar o grupo odontológico, tentando tirar de bom o que cada componente tem;

· Trabalhar em equipe;

· Ser líder;

· Saber ouvir.

E as **atitudes,** consideradas importantes pelos entrevistados e que não foram selecionadas para compor o instrumento, foram:

· Comprometimento com a comunidade;

· Postura ética;

- Respeitar o potencial de cada pessoa em assimilar;
- Fazer uso das informações recebidas;
- Empatia;
- Ética;
- Saber motivar o grupo odontológico, levando a produzir mais para a comunidade;
- Atuar e fazer valer o controle social;
- Humildade e respeito com o semelhante.

Analisando as respostas dos entrevistados, entendemos que o "saber ouvir" é uma **atitude** e não uma **habilidade** como sugerida pelo entrevistado.

O próximo passo foi dividir as sugestões dos cirurgiões dentistas entrevistados em grupos onde os conteúdos se assemelhavam, categorizando assim as respostas das entrevistas. Observamos que a grande maioria dos itens sugeridos pelos entrevistados está contemplada no diagrama de árvore utilizado na segunda etapa do percurso metodológico – método do júri.

No componente **conhecimento**, categorizamos em:

1. Território:

Foram aqui incluídas as respostas "conhecer o território de atuação", "conhecer as características do território em que vai atuar (geográfico, cultural, histórico, etc.)", "conhecer o território e procurar identificar com clareza suas características" e conhecimento "sobre lideranças que atuam na área". Esse item está contemplado no diagrama de árvore utilizado na segunda etapa do percurso metodológico – método do júri.

2. Trabalho em equipe:

As respostas “relações humanas com a equipe odontológica” e “saber interagir com a equipe” foram as sugestões dos entrevistados. Já incluída no diagrama de árvore, essa categoria sugerida pelos cirurgiões dentistas mostra que os cirurgiões dentistas que estão trabalhando no Programa Saúde da Família tem o conhecimento da importância e necessidade do trabalho em equipe.

3. Planejamento estratégico:

Conhecimento “sobre planejamento estratégico” foi também incluído como sugestão pelos cirurgiões dentistas entrevistados. Esse item também está contemplado no diagrama de árvore utilizado na segunda etapa do percurso metodológico – método do júri.

4. Técnicas de trabalho:

A necessidade de conhecimento de diferentes formas de abordagem com a comunidade fez com que a sugestão “conhecimento de dinâmicas de grupo” também aparecesse nas sugestões realizadas pelos entrevistados. Os profissionais de odontologia sentem a necessidade de conhecimento sobre diferentes formas de abordagem ao paciente para atuarem na educação em saúde de forma coletiva. Essa sugestão mostra a mudança do perfil do profissional de saúde para uma visão coletiva, proposta no Programa Saúde da Família.

No componente **habilidade**, as categorias que surgiram foram:

1. Liderança:

"Liderança positiva das relações interpessoais", "ter condições de comandar o grupo odontológico, tentando tirar de bom o que cada componente tem" e "ser líder" são respostas sugeridas pelos entrevistados que sugerem o fator liderança como uma habilidade requerida pelo cirurgião dentista para gerenciar o trabalho do Programa Saúde da Família. Fator importante lembrado pelos entrevistados, pois as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia destacam sobre a Liderança:

> No trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz (ALMEIDA, 2003, p.17).

2. Atenção à saúde:

Respostas como "Saber dispor dos recursos oferecidos para o trabalho com as famílias, otimizando resultados", "resolutividade", "radar – acompanhar o paciente", ter "habilidade técnica" e "habilidade de trabalhar com a comunidade" contemplam as competências requeridas do cirurgião dentista:

> Os profissionais de saúde, dentro do seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmo. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo (ALMEIDA, 2003, p.17).

3. Trabalhar em equipe:

Este item também foi sugerido pelos entrevistados para o componente conhecimento e agora também da necessidade de saber como "trabalhar em equipe", mostrando a relevância do trabalho em equipe dentro do Programa Saúde da Família. Também já está contemplado na segunda fase do percurso metodológico – método do júri.

O componente **atitude** teve as seguintes categorias:

1. Controle Social:

Sugestões como "comprometimento com a comunidade" e "atuar e fazer valer o controle social" mostram a necessidade de participação em Conselhos de Saúde para o reforçar a competência gerencial dos cirurgiões dentistas que atuam no Programa Saúde da Família. Este item já está contemplado no diagrama de árvore utilizado na segunda etapa do percurso metodológico – método do júri. Segundo o Guia Prático do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2001), incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde, faz parte das atribuições de cada membro das Equipes de Saúde da Família.

2. Utilização das informações:

A atitude de "fazer uso das informações recebidas" foi lembrada como outro componente necessário para a consolidação do SUS/PSF. Embora no diagrama de árvore tenha o

componente “compartilhar conhecimentos e informações”, aqui os entrevistados sugerem o “fazer uso”, “utilizar”, no sentido do ser útil no planejamento das ações.

3. Ética:

Ter “postura ética” e “ética” foram respostas sugeridas pelos entrevistados.

4. Relacionais:

Várias outras atitudes foram sugeridas pelos entrevistados e para não classificarmos em outras várias categorias, reunimos todas em uma categoria denominada “atitudes relacionais”. Ter “empatia”, “saber ouvir”, ter “humildade e respeito com o semelhante”, “saber motivar o grupo odontológico, levando a produzir mais para a comunidade” e “respeitar o potencial de cada pessoa em assimilar” são características do “saber ser e conviver”, do domínio afetivo que os entrevistados sugerem ser relevantes para a competência gerencial do cirurgião dentista que atua no Programa Saúde da Família.

6. CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES

Quero mudar as coisas,
quero ver as coisas acontecerem,
não apenas falar sobre elas.
J.K.Galbraith

O Sistema Único de Saúde é um processo social em construção permanente, sendo fundamental a contínua discussão sobre seu modelo de atenção e o papel dos diferentes profissionais que nele atuam. Com a inclusão da Equipe de Saúde Bucal na Equipe de Saúde da Família em 2000, tornou-se necessário repensar e discutir qual o papel do cirurgião dentista nessa estratégia.

Toda a caminhada teórica e todo o percurso metodológico desta pesquisa foram no sentido de analisar as competências gerenciais do cirurgião dentista que atua no Programa Saúde da Família na consolidação do Sistema Único de Saúde. Sendo assim, esta pesquisa apontou para necessidade de reforçar a importância de algumas competências entre os profissionais de saúde que atuam no Programa Saúde da Família bem como aos gerentes dos Serviços de Saúde. Os resultados obtidos nos levam a fazer algumas considerações.

Os dados encontrados nesta pesquisa mostram que o conhecimento sobre os fatores determinantes do processo saúde/doença é considerado o componente de maior importância. Os cirurgiões dentistas reconhecem a importância de ter conhecimento sobre as características da área de abrangência onde eles atuam para realizar o gerenciamento dos seus serviços, porem paradoxalmente reconhecem os fatores sociais determinantes da qualidade de vida como o de menor importância dentre todos os outros componentes. Talvez haja necessidade de reforçar dentro a equipe a importância destes fatores no processo saúde/doença. Embora a

habilidade de estabelecer prioridades tenha sido reconhecida entre os entrevistados dessa pesquisa como a mais importante, os resultados levam a acreditar que o grupo não considera a atitude de traçar estratégias ter igual importância. Os resultados sobre as atitudes nos levam a acreditar que os cirurgiões dentistas consideram a comunicação, isto é, compartilhar conhecimento e informações como muito importante, porem o grupo não considera importante essa troca de informações e conhecimentos dentro da equipe, pois a habilidade de formar e treinar equipe interdisciplinar em saúde foi considerada como a de menor relevância, mostrando a necessidade de reforçar essa importante atribuição, preconizada pelo Ministério da Saúde, dos profissionais que atuam no Programa Saúde da Família.

Tendo em vista as mudanças ligadas à reestruturação do modelo assistencial, aonde o cirurgião dentista vem ocupando um papel de gerente dentro dos serviços de saúde bucal, há necessidade deste profissional desenvolver esta função gerencial com competência.

Infelizmente, administração, recursos humanos, psicologia são temas muito pouco explorados nos cursos de graduação em Odontologia e que fazem toda a diferença para o sucesso ou fracasso deste profissional e é esse o motivo que leva muitos profissionais a retornarem mais tarde aos bancos universitários para cursarem cursos para complementação da sua carreira profissional. Estes profissionais necessitam aprender a gerenciar e adquirir novos conhecimentos, habilidades e atitudes que em sua formação na graduação não obtiveram.

Há necessidade da repensar estratégias de abordagens de assuntos como planejamento em serviços de saúde, trabalho em equipe interdisciplinar, liderança e tomada de decisão nos currículos dos cursos de Odontologia, pois as Universidades exercem um papel fundamental

no sentido de priorizar um aprendizado observando as tendências e necessidades da realidade do mercado para desenvolver profissionais enfocados em suas competências.

Os objetivos propostos foram alcançados, identificar, mapear e analisar as competências do cirurgião dentista do Programa Saúde da Família para a consolidação do Sistema Único de Saúde. Esta pesquisa permitiu discutir sobre a atuação do cirurgião dentista no PSF no seu papel de gerente, como líder e como profissional com papel importante na tomada de decisões dentro da equipe de saúde. Como o tema é recente nos serviços de saúde, principalmente em Odontologia, certamente há necessidades de outras discussões sobre o papel deste profissional nos serviços de saúde.

Acreditamos que esta pesquisa possa ser utilizada como ferramenta de transformação nas práticas odontológicas contribuindo como uma proposta de apoio à educação permanente nos Serviços de Saúde. Acreditamos também que essa pesquisa possa contribuir aos cursos de Odontologia, direcionando a uma formação que vise a atender as necessidades atuais do Sistema Único de Saúde.

7 REFERÊNCIAS

AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, 2004.

ALMEIDA, M. (org). **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde**. Londrina: Rede Unida, 2003.

ASSADA, R.M. **A inovação da odontologia**. Disponível em <http://www.sinog.com.br/download/inovacao.doc> Acesso em 20 dez.2004.

BATEY, Marjorie V. Conceptualization: **Knowledge and logic guiding empirical** research. Nursing Research, september-october, v. 26, n. 5, 1977.

BERGAMINI, C. W. **Desenvolvimento de recursos humanos; uma estratégia de desenvolvimento organizacional.** São Paulo: Atlas, 1980.

BERTUSSI, D. C.; OLIVEIRA, M. do S. M. de; LIMA, J. V. C. de. A unidade básica no contexto do Sistema de Saúde. In: ANDRADE, S. M. de.; SOARES, D. A.; CORDINI Jr. L. (Org.) **Bases da saúde coletiva.** Londrina: UEL, 2001, p. 133-143.

BOOG, G.G. (Coord.). **Manual de treinamento e desenvolvimento**. 2º ed. São Paulo: ABTD- Associação Brasileira de Treinamento e Desenvolvimento, 1994.

BOUSSO, R. S.; ANGELO M. **A enfermagem e o cuidado na saúde da família**. 2001. Disponível em: < ids-saude.uol.com.br/psf/**enfermagem/**tema1/texto4_1.asp > Acessado em: 15-07-04.

BRANDÃO, H.P. **Gestão baseada em competências: um estudo sobre competências profissionais na industria bancária**. Dissertação (Mestrado em Administração), Universidade de Brasília- UnB, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Guia Curricular para a Formação de Técnico em Higiene Dental para Atuar na Rede Básica do SUS**. Área Curricular III: Participando do Planejamento e Administração do serviço de Saúde. Brasília, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica:** programa saúde da família. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa da saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família**: equipes de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRETZKE, E.; ROSA, M. **Programa de saúde da família: as concepções de médicos e enfermeiros sobre saúde/doença e família.** Itajaí, Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, 2002.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas**: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**.** Rio de Janeiro: Campus, 1999.

_____. **Introdução à teoria geral da administração**: uma visão abrangente da moderna administração das organizações. 7º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, E. A.; SOUSA, M. F. Enfermagem, academia e saúde da família: diálogo possível em torno da formação e a defesa da equidade como eixo norteador**.** In**: Rev. Bras. De Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretária de políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, ano II, n.4, pág. 52-59, jan. 2002.

CLAUS, S. M. Competências a desenvolver na formação do enfermeiro para o trabalho com planejamento com ações de saúde. In: MEDEIROS, R. M.; STÉDILE, N. L. R.; CLAUS, S. M. **Construção de competências em enfermagem**. Caxias do sul: EDUCS, p. 211-307, 2001.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Informações em Saúde. **Protocolo integrado de atenção à saúde bucal**. Curitiba, 2004.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Os dizeres da boca em Curitiba**.Rio de Janeiro: CEBES, 2002.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua portuquesa. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, A. G. Gerenciamento e avaliação dos serviços de saúde. In: PARANÁ. Secretaria de estado da Saúde. Centro formador de recursos humanos Caetano Munhoz da Rocha. **Curso técnico em Higiene Dental**: qualificação profissional de nível técnico auxiliar de consultório dentário. Curitiba, 2004.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Práticas de enfermagem:** ensinado a cuidar em saúde pública. São Caetano do Sul: Difusão enfermagem, 2003.

GEVAERD, S. A saúde bucal na vigilância à saúde no distrito sanitário. In: OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). **A vigilância no distrito sanitário**. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde n. 10, OPAS, Brasília.

_____.; GUGUICH, E. Primórdios ad Odontologia no serviço público municipal de Curitiba. In: CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Os dizeres da boca em Curitiba**.Rio de Janeiro: CEBES, 2002.

GRAMIGNA, M. R., **Modelo de competências e gestão de Talentos**. São Paulo: Makron Books, 2002.

HARB, A. G. **A determinação das competências essenciais, no setor supermercadista da cidade de Manaus, seguindo a percepção de gestores, funcionários e clientes.**

Florianópolis, 2001. Dissertação (Mestre em Engenharia de Produção). Programa de Pós – Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

HASHIMOTO, A. N. **O que é conhecimento**. Fev. 2003. Disponível em: < www.kmol.online.pt/artigos/200302/has02_p.html > Acessado em 28-08-04.

HERALD, J. **Atitude**. Curitiba: Editora fundamento educacional, 2004.

IRIGOIN BARRENE, M. E. ;VARGAS ZUNIGA, F. **Competência Profissional**: manual de conceitos, métodos e aplicações no setor saúde. Rio de Janeiro: Editora SENAC Nacional, 2004.

JUNIOR, A. B. ; MATHEUS, M. C. C. Comunicação. In: CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência**. São Paulo: Atheneu, p. 61-74, 1996.

KASPER, E. Gestão de serviços odontológicos: uma proposta. In: BORDIN, R., FACHIN, R.C.,KLERING,L.R.,GOLDIM, J.R. **Práticas de gestão em saúde: em busca da qualidade**. Porto Alegre: Da casa, 1996.

KURCGANT, P. (Coord.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: E.P.U., 1991.

LAZZAROTTO, E. M. **Competências essenciais requeridas para o gerenciamento de unidades básicas de saúde.** Florianópolis, 2001. Dissertação (Mestre em Engenharia da Produção). Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

MACHADO, Z.C. A evolução da odontologia. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Guia Curricular para a Formação de Técnico em Higiene Dental para Atuar na Rede Básica do SUS**. Área Curricular I: Prevenindo e controlando o processo saúde-doença bucal. Brasília, 1994.

MANFREDINI, M.A. Planejamento em Saúde Bucal. In: PEREIRA, A. C., **Odontologia em Saúde Coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing.** São Paulo: Atlas, 1996.

MORETTO, E. S. **Os enfermeiros e o SUS**: da realidade a possibilidade. Passo Fundo: UPS, 2001.

NERI, A. A. **Gestão de RH por competências e a empregabilidade**. Campinas: Papirus, 1999.

PRETTI, E. E.; SOUZA, F. G.; SANTOS, J. dos. **Programa de saúde da família:** concepções dos auxiliares de enfermagem sobre saúde/doença e família**.** Itajaí, 2002. Monografia (Graduação em Enfermagem). Centro de Educação Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí.

PIRES FILHO, F.M. A construção interativa do saber e do fazer acadêmicos: desafio da prática odontológica integral (tese de doutorado). Niterói: Universidade Fluminense, 1995.262-272p.

PUCCA, G. Por um Brasil Sorridente, **Revista da Associação Brasileira de Odontologia**, São Paulo, v. 12, n, 2, p. 73-79, abr./mai. 2004.

QUELUZ, D.P. Recursos humanos na área odontológica. In: PEREIRA, A. C., **Odontologia em Saúde Coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003.

QUINN, Robert E. et al. **Competências gerenciais**: princípios e aplicações. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

RABAGLIO, M. O. **Seleção por competência**. São Paulo: Educator, 2001.

REBELO, P. A. de P. **Qualidade em saúde:** modelo teórico, realidade, utopia e tendência. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1995.

RESENDE, Enio J., **O livro das competências**: desenvolvimento das competências: a melhor auto-ajuda para pessoas, organizações e sociedade. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 2003.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A.C., **Odontologia em Saúde Coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003.

_____. **A Organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal – universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva**, 2000. Araçatuba, 2000. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social). Faculdade de Odontologia. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

ROPÉ, F.; TANGUY, L. **Saberes e competências:** o uso de tais noções na escola e na empresa. Campinas: Papirus, 1994.

ROSAS, V. de B. **Afinal, o que é conhecimento?** Disponível em: < www.mundodosfilosofos.com.br/vanderlei22.htm> Acessado em: 28-08-04.

SANTOS, R.M.S. Administração dos serviços locais de saúde bucal. In: PARANÁ. Secretaria de estado da Saúde. Centro formador de recursos humanos Caetano Munhoz da Rocha. **Curso Técnico em Higiene Dental**: qualificação profissional de nível técnico auxiliar de consultório dentário. Curitiba, 2004.

SAUPE, R. **Proposição de uma metodologia para avaliação de cursos de enfermagem**. Dissertação (Mestrado): Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1979.

_____., WENDHAUSEN, A.L.P., BENITO, G.A., CUTULO, L.R.A. **Competências dos recursos humanos em saúde para a consolidação do Sistema Único de Saúde: Programa/estratégia Saúde da Família**. Itajaí: UNIVALI, 2004. Projeto em andamento.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SC. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2000, p. 09-18.

SILVEIRA FILHO, A.D., NADAS, B.B., FERNANDES, D.G., POLO, M. Gestão multiprofissional no SUS municipal: uma visão de linha de frente. In: CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Os dizeres da boca em Curitiba**.Rio de Janeiro: CEBES, 2002.

SOUZA, H. M. Reforma da reforma. **Revista Brasileira de Saúde da Família.** Ministério da Saúde**.** Ano II. nº 4., p. 02-03. Jan. 2002.0

THEISS, F. **Intuição, que bicho é esse**?. Brasil Rotário *on-line*. Disponível em:< www2.brasil-rotario.com.br/ revista/materias/rev943/e943_p6> Acessado em: 24-09-04.

VASCONCELOS, E. M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Rev. saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 6-19, set./dez. 1999.

WERNECK, M.A.F. Princípios para a organização dos serviços de saúde. In: PARANÁ. Secretaria de estado da Saúde. Centro formador de recursos humanos Caetano Munhoz da Rocha. **Curso técnico em Higiene Dental**: qualificação profissional de nível técnico auxiliar de consultório dentário. Curitiba, 2004.

WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. **Gestão de serviços de saúde:** descentralização, municipalização do SUS. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

ZARAFIAN, P. **O modelo da competência**: trajetória, desafios atuais e propostas; tradução Eric Roland René Heneault. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2003.

_____. **Objetivo competência**: por uma nova lógica; tradução Maria Helena C.V. Trylinski. São Paulo: Atlas, 2001.

APÊNDICES

APÊNCICE A – Termo de consentimento livre esclarecido

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONVITE A PARTICIPAÇÃO EM UM ESTUDO SOBRE AS COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DO CIRURGIÃO DENTISTA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Através deste estamos convidando você para participar de um estudo sobre "**COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DO CIRURGIÃO DENTISTA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**". Nosso **objetivo** é avaliar as competências gerenciais dos cirurgiões dentistas que atuam no PSF, na perspectiva da consolidação do SUS. A **justificativa** desta pesquisa apóia-se nas políticas publicas que integram os Sistemas de Saúde e Educação, no esforço de mudança do modelo assistencial. Sinta-se completamente livre para decidir participar ou não, mas ressaltamos a importância de sua contribuição. Outrossim, esclarecemos que: seu anonimato está garantido; as informações serão sigilosas; a não participação não acarretará nenhum prejuízo a sua pessoa; as informações e resultados obtidos ficarão a sua disposição; sua participação não acarretará qualquer desconforto, risco, dano ou ônus a sua pessoa; os benefícios esperados relacionam-se a ao Sistema Único de Saúde como um todo e ao Sistema Educacional de Graduação em Saúde de maneira especifica, pretendendo contribuir para uma maior integração e aproximação entre ambos, podendo fornecer subsídios para a tomada de decisão quanto aos projetos pedagógicos dos cursos e programas de capacitação para o trabalho. Os dados coletados serão utilizados para fins acadêmicos de pesquisa e divulgação de conhecimento sobre o tema. Caso concorde com estes temos, solicitamos o preenchimento e assinatura neste documento, conforme segue.

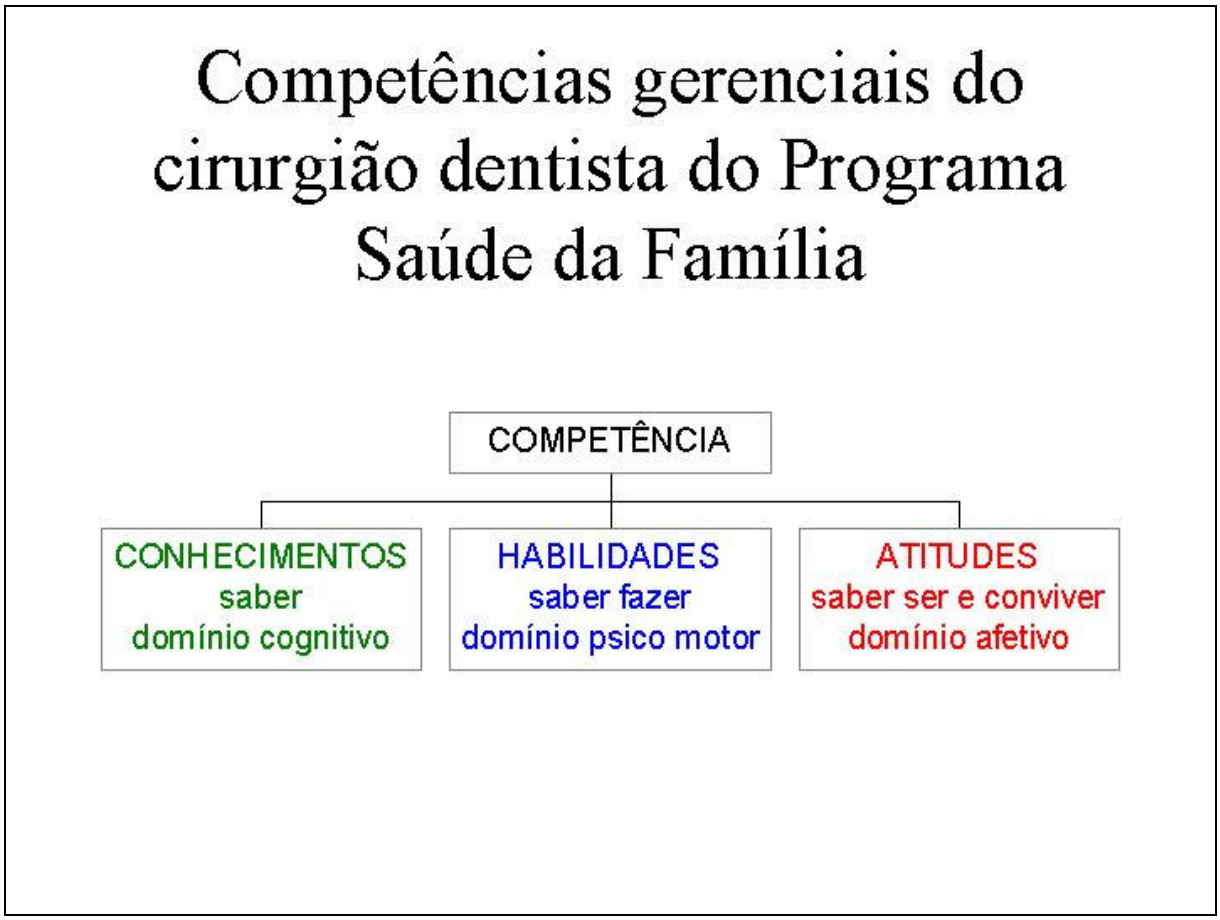
Eu, _____,

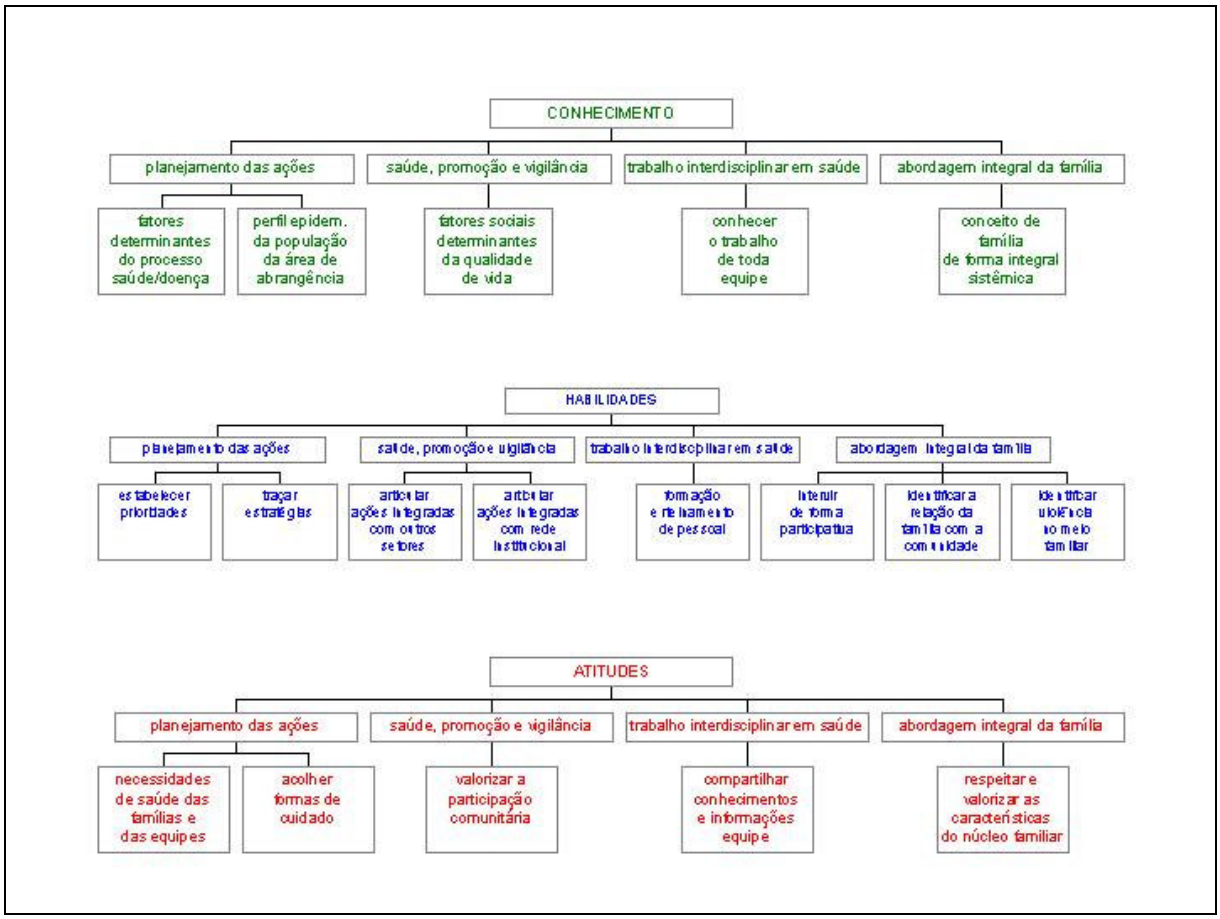
documento de identidade nº _____ declaro que consinto, de forma livre e esclarecida, a participar do estudo **"COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DO CIRURGIÃO DENTISTA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE",** desenvolvido pelo mestrando Lincoln Luciano da Silva e sob a orientação da Professora Dra Gladys Amélia Vélez Benito, aprovado pela Comissão de Ética da UNIVALI, conforme Parecer nº 381/2003. Esclarecemos também que este projeto está vinculado ao Núcleo de Pesquisas Interdisciplinares em Saúde, do Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde – opção Saúde da Família – do Centro de Educação em Ciências da Saúde, da UNIVALI.

Curitiba, US _____ DATA ____/____/____

ASSINATURA_____

APÊNDICE B – Diagramas




CONHECIMENTO
planejamento das ações
saúde, promoção e vigilância
trabalho interdisciplinar em saúde
abordagem integral da família
fatores determinantes do processo saúde/doença
perfil epidem. da população da área de abrangência
fatores sociais determinantes da qualidade de vida
conhecer o trabalho de toda equipe
conceito de família de forma integral sistêmica
HABILIDADES
planejamento das ações
saúde, promoção e vigilância
trabalho interdisciplinar em saúde
abordagem integral da família
estabelecer prioridades
traçar estratégias
articular ações integradas com outros setores
articular ações integradas com rede institucional
formação e treinamento de pessoal
incluir de forma participativa
identificar a relação da família com a comunidade
identificar violência no meio familiar
ATITUDES
planejamento das ações
saúde, promoção e vigilância
trabalho interdisciplinar em saúde
abordagem integral da família
necessidades de saúde das famílias e das equipes
acolher formas de cuidado
valorizar a participação comunitária
compartilhar conhecimentos e informações equipe
respeitar e valorizar as características do núcleo familiar

APÊNDICE C – Questionário aplicado aos juizes

COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DO CIRURGIÃO DENTISTA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Aprovado pela Comissão de Ética da UNIVALI n° 381/2003

Caro (a) colega,
Estamos realizando um trabalho de investigação que pretende contribuir para identificar e hierarquizar as competências gerenciais do cirurgião dentista do Programa Saúde da Família na consolidação do Sistema Único de saúde. Para concretizar este objetivo precisamos de sua colaboração. Solicitamos que você disponibilize um tempo para responder este instrumento.

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

1.1 Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

1.2 Idade: _____

1.3 Tempo de formado (em anos): _____

1.4 Tempo de Prefeitura (em anos): _____

1.5 Tempo de atuação em gerência (em anos): _____

1.6 Cargo atual: _____

1.7 Cargos que atuou: _____

_____

_____

1.8 Cursos de pós-graduação: _____

_____

_____

APÊNDICE D – Questionário para os cirurgiões dentistas que atuam no PSF

Prezado Colega:

Meu nome é Lincoln, sou dentista na rede há nove anos, atualmente estou trabalhando na US Caximba e realizando uma dissertação de mestrado que trata da nossa atuação no Programa Saúde da Família.

Sei que o trabalho nas Unidades de Saúde está intenso, porém o preenchimento deste questionário não leva mais do que quinze minutos.

Solicito, então, a sua colaboração no sentido de responder este questionário que ajudará a compreendermos melhor o papel do cirurgião dentista no PSF.

Desde já agradeço a colaboração.

ORIENTAÇÕES:

Assinar o termo de consentimento livre (em nenhum momento você será identificado, porque o "termo de consentimento livre", não é grampeado na mesma folha do questionário);

Preenchimento do questionário;

Quando o questionário não for respondido, peço a gentileza de algum dentista assinalar, na primeira página do questionário, o motivo do não preenchimento (não adesão à pesquisa, férias, LTS, LP...);

Devolver todos os questionários, respondidos ou não, juntos num mesmo envelope.

Por favor, retornar para a US Caximba, através do serviço de malote, o mais breve possível, no prazo máximo de uma semana.

Qualquer dúvida entrar em contato comigo nos telefones:

US Caximba: 396-3891

Celular: 8802-3103

Obrigado

COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DO CIRURGIÃO DENTISTA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Aprovado pela Comissão de Ética da UNIVALI nº 381/2003

Caro (a) colega,
Estamos realizando um trabalho de investigação que pretende contribuir para identificar e hierarquizar as **competências gerenciais do cirurgião dentista do Programa Saúde da Família** na consolidação do Sistema Único de Saúde. Para concretizar este objetivo precisamos de sua colaboração. Solicitamos que você disponibilize um tempo para responder este instrumento.

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

1.1 Sexo:
( ) masculino
( ) feminino

1.2 Idade: _____

1.3 Tempo de formado (em anos): _____

1.4 Tempo de Prefeitura (em anos): _____

1.5 Tempo de atuação no PSF,
como odontólogo ou outra função (em anos):_____

1.6 Cursos realizados relacionados com o PSF (pode assinalar mais de uma opção):

( ) Especialização do PSF

( ) Aperfeiçoamento do PSF

( ) Curso de 5 semanas do PSF (aquele dado pelos canadenses ou pelos multiplicadores)

( ) Curso Introdutório (de uma semana, realizado pela SMS)

( ) Outro curso, citar: _____

2. COMPETÊNCIAS GERENCIAIS: A seguir você encontrará uma serie de afirmações seguidas de uma escala. Assim, solicitamos sua colaboração para avaliar as afirmações, numa escala de 0 (zero) – importância TOTALMENTE BAIXA a 10 (dez) – importância TOTALMENTE ALTA.

O DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA PARA O GERENCIAMENTO REQUER MUITOS **CONHECIMENTOS** DO PROFISSIONAL.

C.1.1. – Conhecer os fatores determinantes do Processo Saúde Doença.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

C.1.2. – Conhecer o Perfil Epidemiológico da População.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

C.2.1. – Conhecer os Fatores Sociais determinantes da Qualidade de Vida.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

C.3.1. – Conhecer o Trabalho de todos os componentes da Equipe.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

C. 4.1. – Conhecer os conceitos de FAMÍLIA de forma integral e sist6emica.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Por favor, inclua outros **conhecimentos,** sobre **GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELO CIRURGIÃO DENTISTA DO PSF**, que você considera IMPORTANTES e que não foram selecionados para compor este instrumento. COMENTE. SUGIRA.

_____

_____

_____

_____

O DESENVOLVIMENTO DA COMPETENCIA PARA O GERENCIAMENTO REQUER MUITAS **HABILIDADES** DO PROFISSIONAL.

H.1.1. – Saber estabelecer prioridades.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

H.1.2. –Saber traçar estratégias.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

H.2.1. – Saber articular ações integradas com outros setores da sociedade.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

H.2.2. – Saber articular Ações Integradas com Rede Institucional.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

H.3.1.- Saber desenvolver treinamento de Pessoal Auxiliar, Voluntários, Estagiários.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

H.4.1.- Saber intervir de forma Participativa e Construtiva.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

H.4.2. - Saber identificar a relação da Família com a Comunidade.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

H.4.3 - Saber identificar Violência no Meio Familiar.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Por favor, inclua outras **habilidades,** sobre **GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELO CIRURGIÃO DENTISTA DO PSF**, que você considera IMPORTANTES e que não foram selecionados para compor este instrumento. COMENTE. SUGIRA.

_____

_____

_____

_____

O DESENVOLVIMENTO DA COMPETENCIA PARA O GERENCIAMENTO REQUER MUITAS **ATITUDES** DO PROFISSIONAL.

A.1.1. – Respeitar e acolher as necessidades de saúde das famílias e das equipes.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

A.1.2. – Respeitar e acolher as formas de cuidado das famílias e das equipes

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

A.2.1. – Valorizar a Participação Comunitária.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

A.3.1. – Saber compartilhar conhecimentos e informações.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

A.4.1. –Respeitar e valorizar as características do Núcleo Familiar e da Comunidade

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Por favor, inclua outras **atitudes,** sobre **GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELO CIRURGIÃO DENTISTA DO PSF**, que você considera IMPORTANTES e que não foram selecionados para compor este instrumento. COMENTE. SUGIRA.

_____

_____

_____

_____

Obrigado por colaborar!!!

APÊNDICE E – Cálculo dos desempenhos das atividades do último nível do diagrama

Microsoft Excel - dentistas-respostas1

Arquivo Editar Exibir Inserir Formatar Ferramentas Dados Janela Ajuda

S36

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	COMPONENTE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	desempenho
2	C.1.1				1				3		25	9,59
3	C.1.2								3	5	21	9,62
4	C.2.1					1		2	3	6	17	9,21
5	C.3.1								3	6	20	9,59
6	C.4.1						1		4	6	18	9,38
7	H.1.1								2		27	9,86
8	H.1.2							1	1	2	25	9,76
9	H.2.1							1	5	10	13	9,21
10	H.2.2							2	5	7	15	9,21
11	H.3.1				1	1		2	4	4	17	9,00
12	H.4.1							2		4	23	9,66
13	H.4.2						2	1	1	7	18	9,31
14	H.4.3						2	2	2	5	18	9,21
15	A.1.1							1		3	25	9,79
16	A.1.2							1	3	5	20	9,52
17	A.2.1							1	3	3	22	9,59
18	A.3.1									5	24	9,83
19	A.4.1								3	4	22	9,66
20												
21	fórmula para cálculo do desempenho:	L2=(B2*1+C2*2+D2*3+E2*4+F2*5+G2*6+H2*7+I2*8+J2*9+K2*10)/29										
22	fórmula para cálculo do desempenho:	L3=(B3*1+C3*2+D3*3+E3*4+F3*5+G3*6+H3*7+I3*8+J3*9+K3*10)/29										
23	fórmula para cálculo do desempenho:	L4=(B4*1+C4*2+D4*3+E4*4+F4*5+G4*6+H4*7+I4*8+J4*9+K4*10)/29										
24	e assim por diante.											
25												
26												
27												

APÊNDICE F – Cálculo dos desempenhos dos demais níveis da árvore

Desempenhos dos Componentes do Conhecimento

$$\text{Desempenho do C.1} = \frac{(\text{desempenho do C.1.1 X média do C.1.1}) + (\text{desempenho do C.1.2 X média do C.1.2})}{(\text{média do C.1.1} + \text{média do C.1.2})}$$

$$\text{Desempenho do C.1} = \frac{(9{,}59 \text{ X } 4{,}14) + (9{,}62 \text{ X } 4.43)}{(4{,}14 + 4{,}43)}$$

Desempenho do C.1 = 9,60

$$\text{Desempenho do C.2} = \frac{(\text{desempenho do C.2.1 X média do C.2.1})}{\text{média do C.2.1}}$$

$$\text{Desempenho do C.2} = \frac{(9{,}21 \text{ X } 4{,}14)}{4{,}14}$$

Desempenho do C.2 = 9,21

$$\text{Desempenho do C.3} = \frac{(\text{desempenho do C.3.1 X média do C.3.1})}{\text{média do C.3.1}}$$

$$\text{Desempenho do C.3} = \frac{(9{,}59 \text{ X } 4{,}43)}{4{,}43}$$

Desempenho do C.3 = 9,59

$$\text{Desempenho do C.4} = \frac{(\text{desempenho do C.4.1 X média do C.4.1})}{\text{média do C.4.1}}$$

$$\text{Desempenho do C.4} = \frac{(9{,}38 \text{ X } 4{,}29)}{4{,}29}$$

Desempenho do C.4 = 9,38

$$\text{Desemp do C} = \frac{(\text{desemp C.1 X méd C.1}) + (\text{desemp C.2 X méd C.2}) + (\text{desemp C.3 X méd C.3}) + (\text{desemp C.4 X méd C.4})}{(\text{média do C.1} + \text{média do C.2} + \text{média do C.3} + \text{média do C.4})}$$

$$\text{Desempenho do C} = \frac{(9{,}60 \text{ X } 4{,}43) + (9{,}21 \text{ X } 4{,}29) + (9{,}59 \text{ X } 3{,}86) + (9{,}38 \text{ X } 4{,}14)}{(4{,}43 + 4{,}29 + 3{,}86 + 4{,}14)}$$

Desempenho do C = 9,62

Desempenhos dos Componentes da Habilidade

$$\text{Desempenho do H.1} = \frac{(\text{desempenho do H.1.1 X média do H.1.1}) + (\text{desempenho do H.1.2 X média do H.1.2})}{(\text{média do H.1.1} + \text{média do H.1.2})}$$

$$\text{Desempenho do H.1} = \frac{(9{,}86 \text{ X } 4{,}57) + (9{,}76 \text{ X } 4{,}86)}{(4{,}57 + 4{,}86)}$$

Desempenho do H.1 = 9,80

$$\text{Desempenho do H.2} = \frac{(\text{desempenho do H.2.1 X média do H.2.1}) + (\text{desempenho do H.2.2 X média do H.2.2})}{(\text{média do H.2.1} + \text{média do H.2.2})}$$

$$\text{Desempenho do H.2} = \frac{(9{,}21 \text{ X } 4{,}14) + (9{,}21 \text{ X } 4)}{(4{,}14 + 4)}$$

Desempenho do H.2 = 9,21

$$\text{Desempenho do H.3} = \frac{(\text{desempenho do H.3.1 X média do H.3.1})}{\text{média do H.3.1}}$$

$$\text{Desempenho do H.3} = \frac{(9\text{X } 3)}{3}$$

Desempenho do H.3 = 9

$$\text{Desempenho do H.4} = \frac{(\text{desemp H.4.1 X méd H.4.1}) + (\text{desemp H.4.2 X méd H.4.2}) + (\text{desemp H.4.3 x méd H.4.3})}{(\text{média do H.4.1} + \text{média do H.4.2} + \text{H.4.3})}$$

$$\text{Desempenho do H.4} = \frac{(9{,}66 \text{ X } 4) + (9{,}31 \text{ X } 3{,}29) + (9{,}21 \text{ X } 3)}{(4 + 3{,}29 + 3)}$$

Desempenho do H.4 = 9,41

$$\text{Desemp H} = \frac{(\text{desemp H.1 X méd H.1}) + (\text{desemp H.2 X méd H.2}) + (\text{desemp H,3 X méd H.3}) + (\text{desemp H.4 X méd H.4})}{(\text{méd H.1} + \text{méd H.2} + \text{méd H.3} + \text{méd H.4})}$$

$$\text{Desempenho do H} = \frac{(9{,}80 \text{ X } 4{,}14) + (9{,}21 \text{ X } 3{,}43) + (9\text{X } 4{,}29) + (9{,}41 \text{ X } 4{,}71)}{(4{,}14 + 3{,}43 + 4{,}29 + 4{,}71)}$$

Desempenho do H = 9,35

Desempenhos dos Componentes da Atitude

$$\text{Desempenho do A.1} = \frac{(\text{desempenho do A.1.1 X média do A.1.1}) + (\text{desempenho do A.1.2 X média do A.1.2})}{(\text{média do A.2.1} + \text{média do A.1.2})}$$

$$\text{Desempenho do A.1} = \frac{(9{,}21 \text{ X } 4{,}71) + (9{,}21 \text{ X } 3{,}71)}{(4{,}71 + 3{,}71)}$$

Desempenho do A.1 = 9,67

$$\text{Desempenho do A.2} = \frac{(\text{desempenho do A.2.1 X média do A.2.1})}{\text{média do A.2.1}}$$

$$\text{Desempenho do A.2} = \frac{(9{,}59 \text{ X } 4{,}43)}{4{,}43}$$

Desempenho do A.2 = 9,59

$$\text{Desempenho do A.3} = \frac{(\text{desempenho do A.3.1 X média do A.3.1})}{\text{média do A.3.1}}$$

$$\text{Desempenho do A.3} = \frac{(9{,}83 \text{ X } 4{,}57)}{4{,}57}$$

Desempenho do A.3 = 9,83

$$\text{Desempenho do A.4} = \frac{(\text{desempenho do A.4.1 X média do A.4.1})}{\text{média do A.4.1}}$$

$$\text{Desempenho do A.4} = \frac{(9{,}66 \text{ X } 4{,}29)}{4{,}29}$$

Desempenho do A.4 = 9,66

$$\text{Desemp A} = \frac{(\text{desemp A.1 X méd A.1}) + (\text{desemp A.2 X méd A.2}) + (\text{desemp A.3 X méd A.3}) + (\text{desemp A.4 X méd A.4})}{(\text{média do A.1} + \text{média do A.2} + \text{média do A.3} + \text{média do A.4})}$$

$$\text{Desempenho do A} = \frac{(9{,}67 \text{ X } 4{,}71) + (9{,}59 \text{ X } 4) + (9{,}83 \text{ X } 4{,}86) + (9{,}66 \text{ X } 4)}{(4{,}71 + 4 + 4{,}86 + 4)}$$

Desempenho do A = 9,69

ANEXO

ANEXO A – Parecer da Comissão de Ética e Pesquisa da UNIVALI

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo