UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

HORACE HOUW

COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: a práxis na Unidade de Saúde

ITAJAÍ (SC)

2008

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

HORACE HOUW

COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: a práxis na Unidade de Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado profissional em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí. Área de concentração: Saúde da Família

Orientadora:Profª. Drª. Gladys Amélia Vélez Benito

ITAJAÍ (SC)
2008

HORACE HOUW

COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DO CIRURGIÃO-DENTISTA
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: a práxis na Unidade de Saúde

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre e aprovada pelo Curso do Programa de Mestrado profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale de Itajaí.

Área de concentração: Gestão de Pessoas e Serviços de Saúde

Itajaí, 19 de dezembro de 2007.

Profª.Drª. Gladys Amélia Vélez Benito
UNIVALI – Presidente da Banca
Orientadora

Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo
UNIVALI – Membro Interno

Prof. Dr. Mário Uriarte Neto
UNIVALI – Membro Interno

Prof. Dr. João Carlos Caetano
UFSC – Membro Externo

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, por seu apoio eterno e amor infinito.

A minha dedicada e amorosa esposa.

Aos trabalhadores da Saúde.

À criança desconhecida e solitária assistida por mim nas aulas de Odontologia Social e Coletiva da UFPI, que entrou para a estatística de mortes por desnutrição, no Piauí, em 1996.

Ao senhor chamado Messias, amigo, típico *homem gabiru* piauiense, que faleceu em uma maca de hospital, após agonizar durante um mês, nos corredores do Hospital Getúlio Vargas, em 1999.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir ter mais um dia.

Aos meus pais, por seu exemplo.

A minha esposa, por sua paciência.

À Professora Doutora Gladys Amélia Vélez Benito, por sua dedicação, paciência e amor à Educação.

À Professora Doutora Águeda Lenita Pereira Wendhausen, por sua atenção e carinho.

À Professora Doutora Rosita Saupe, por sua franqueza e brilho.

Ao Professor Doutor Luiz Roberto Agea Cutolo, por sua sagacidade e conhecimento.

Ao Professor Doutor Mário Uriarte Neto, por sua atenção.

Ao Professor Doutor João Carlos Caetano, por sua maneira inteligente e provocante de despertar a curiosidade científica em seus alunos.

Aos Professores Doutores Abelardo Nunes Lunardelli e Sandra Espíndola Lunardelli pelo apoio e amizade sincera.

Aos funcionários da Secretaria do Mestrado profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale de Itajaí.

Aos amigos da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí, pelo apoio e confiança.

A minha irmã, distante e presente ao mesmo tempo.

Aos meus amigos e pacientes da Unidade de Saúde Itaipava.

HOUW, Horace. **Competências gerenciais do cirurgião-dentista na atenção primária**: a práxis na Unidade de Saúde. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, p. 124.

Orientadora: Profª.Dra. Gladys Amélia Vélez Benito

RESUMO

A implementação do Sistema Único de Saúde está constantemente evoluindo e se transformando. Neste contexto a valorização das competências gerenciais dos profissionais de saúde reflete a nova transformação administrativa pela busca de maior eficiência no trabalho das equipes de saúde na atenção primária. Esta pesquisa estuda as competências gerenciais desenvolvidas no processo de trabalho do cirurgião-dentista na atenção primária através das dimensões das competências gerenciais (conhecimento, habilidade e atitude) desenvolvidas na prática. O estudo faz parte do projeto Modelagem dos Processos das Competências dos Profissionais de Saúde para a consolidação do SUS/ Programa/Estratégia de Saúde da Família, 2005/2007. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa, que utiliza a entrevista semi-estruturada e a observação direta sistematizada como instrumentos de coleta de dados, para se aproximar da realidade do binômio teoria-prática no sistema de saúde municipal, constituindo a *práxis* do cotidiano de trabalho dos dentistas. Os resultados foram analisados através da análise de conteúdo utilizando como referência a categorização das dimensões das competências gerenciais para a atuação na atenção básica. As categorias contemplaram as falas e a prática dos profissionais dentistas que atuam nas Unidades Básicas de Saúde no município de Itajaí, Santa Catarina, e foram identificadas como unidades de registro. Assim, a prática odontológica neste estudo apresentou-se centrada no modelo biomédico e fortemente procedimento-centrado refletindo a prevalência dos fluxos de atenção sobre as necessidades emergenciais do paciente. Da mesma forma o cotidiano de trabalho nas Unidades estudadas refletem a institucionalização do modelo de atenção que segue os moldes das necessidades da demanda da população. Neste cenário surge o desenvolvimento de competências gerenciais pelos cirurgiões-dentistas, como foi observado; sendo que ele, o cirugião-dentista, ainda está se percebendo como gerente na sua atuação profissional. Por outro lado, verificou-se que existem micropolíticas locais de saúde que acompanham a tentativa de se implementar ações de acolhimento e humanização do atendimento no município. Existe um direcionamento pela escuta privilegiada por parte da equipe das UBS à clientela como política para reorganização do modelo de atenção local como forma de promover maior integração entre os programas e o trabalho dos cirurgiões-dentistas que atuam na atenção primária. Pode-se dizer que a qualificação e a educação permanente em saúde do cirurgião-dentista se tornam relevantes para a reorientação de seu atendimento, fazendo com que seu trabalho em saúde seja direcionado para a promoção e prevenção da saúde do indivíduo a partir de sua cidadania.

Palavras-Chave: Trabalho, Competência Profissional, Odontologia[1].

---

1 Descritores registrados no site: http://decs.bvs.br/

Management Competences of Dentists in the Práxis of the Primary Healthcare Unit: Master's Degree Program in Health and Management of Work.
University of Vale do Itajaí.

ABSTRACT

The implementation of the *Sistema Único de Saúde* (the Brazilian national healthcare system) is continuously developing and changing. In this context, the valorization of management competences of health professionals reflects the new management changes, in the search for improved efficiency in the work of the primary healthcare teams. This work studies the management competences developed in the work process of the dental surgeon in primary healthcare, using three dimensions of management competences - knowledge, skills and attitude - developed in the daily practice. This is an exploratory and descriptive study, which uses a qualitative approach, with a semi-structured questionnaire and direct, systematic observation as data collection tools, in order to investigate the reality of the binomial theory-practice in the municipal healthcare system, which constitutes the práxis of the dentist's daily work. The results were analyzed using content analysis as a benchmark for the categorization of the dimensions of management competences in basic healthcare. The categories include statements by the dentists working at the Basic Healthcare Units in the town of Itajaí, Santa Catarina, and these were identified as registers. The dental practice investigated in this study was heavily influenced by the biomedical model, and strongly procedure-biased, reflecting a prevalence of professional attention to the urgent needs of the patient. Likewise, the daily working routines in the Units studied reflected the institutionalization of the healthcare model, which is led by the demands of the population. This is the scenario in which management competences are developed by the dental surgeons, as was observed, and this individual, the dental surgeon, still sees himself as a manager in his professional practice. On the other hand, it was observed that local micro-policies exist in health, which follow the trend towards implementing actions of welcoming and humanization of healthcare in the town. There is a move towards a more careful listening to the patients, on the part of the Basic Health Unit team, as a policy of reorganization of the model of local healthcare as a means of promoting greater integration between the programs and the work of the dental surgeons who work in primary healthcare. Finally, it can be said that the qualification and ongoing health education of the dental surgeon are important for reorienting the healthcare given, ensuring that the dentist's work in health is focused on promotion and prevention of health, based on a sense of social participation. This study forms part of the core research program "*Modelagem dos Processos das Competências dos Profissionais da Saúde para a consolidação do SUS/ Programa/Estratégia de Saúde da Família*, 2005/2007"

Key words: Labor, Professional Competences, Dentistry.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Representação do Marco Teórico.....48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Cirurgiões-dentistas Participantes das Entrevistas Semi-estruturadas...53

Quadro 2 – Cirurgiões-dentistas Participantes das Observações Sistematizadas....53

Quadro 3 – Categoria, Subcategoria e Unidades de Registro das Entrevistas Codificadas.....58

Quadro 4 – Distribuição nas Categorias e Subcategorias Desenvolvidas pelos Cirurgiões-dentistas da Secretaria de Saúde de Itajaí na Entrevista.....64

Quadro 5 – Distribuição nas Categorias e Subcategorias Desenvolvidas pelos Cirurgiões-dentistas da Secretaria de Saúde de Itajaí na Observação.....65

SUMÁRIO

RESUMO 06

LISTA DE FIGURAS 08

LISTA DE QUADROS 09

SUMÁRIO 10

1 INTRODUÇÃO 12

2 O CONTEXTO DO PROBLEMA DE PESQUISA 18
2.1 Contribuições Teóricas para o Estudo 21
2.1.1 Odontologia: Origens e Evolução 21
2.1.2 O Município de Itajaí 25

3 REFERENCIAL TEÓRICO 28
3.1 Atenção Primária à Saúde 28
3.2 Processo de Trabalho em Saúde 34
3.3 Processo de Trabalho Odontológico 39
3.4 Competências Gerenciais do Cirurgião-dentista 42

4 PERCURSO METODOLÓGICO 49
4.1 Primeira Etapa: Fase Exploratória 50
4.2 Segunda Etapa: Validação e Rigor dos Instrumentos de Pesquisa 51
4.3 Terceira Etapa: Entrevista 52
4.4 Quarta Etapa: Observação sistematizada 55
4.5 Quinta Etapa: Categorização 57
4.6 Sexta Etapa: Análise das Subcategorias 59
4.7 Sétima Etapa: Retorno dos Resultados ao Serviço 60

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 61
5.1 Caracterização dos Cirurgiões-dentistas 61
5.2 Categorias e Subcategorias Identificadas 63
5.3 Concepções sobre Competências Gerenciais 66
5.3.1 Conhecimento 66
5.3.1.1 Conhecer os Fatores Determinantes do Processo Saúde/Doença 70
5.3.1.2 Conhecer os Programas Focais e a Política Municipal de Saúde 72
5.3.1.3 Conhecer o Modelo de Atenção à Saúde Preconizada pelo Município ... 74
5.3.1.4 Conhecer os Elementos Constitutivos do Processo de Trabalho em Saúde e na Odontologia nos diversos Níveis de Complexidade do SUS. 76
5.3.2 Habilidades 78
5.3.2.1 Saber Identificar Problemas, Necessidades e Nós Críticos 78
5.3.2.2 Saber Estabelecer Prioridades e Traçar estratégias 80
5.3.2.3 Saber Organizar seu Processo de Trabalho na Atenção Primária 82
5.3.2.4 Saber Implementar as Normas de Biossegurança 83

5.3.2.5 Saber Conduzir o Processo de Trabalho em Saúde na Odontologia nos Diversos Níveis de Complexidade no SUS 85
5.3.3 Atitudes 86
5.3.3.1 Aplicar a Tomada de Decisão com Base nos Princípios Éticos e Legais 86
5.3.3.2 Respeitar e Acolher a População do Município 89
5.3.3.3 Valorizar os Processos Educativos com a Família e Comunidade 90
5.4 Prática das Competências Gerenciais 91
5.4.1 Conhecimento 93
5.4.1.1 Conhecer os Fatores Determinantes do Processo Saúde/Doença 93
5.4.1.2 Conhecer a Política Municipal de Saúde 94
5.4.1.3 Conhecer os Programas Focais Executados no Município 95
5.4.1.4 Conhecer o Modelo de Atenção à Saúde Preconizada pelo Município ... 96
5.4.1.5 Conhecer os Elementos Constitutivos do Processo de Trabalho em Saúde na Odontologia nos Diversos Níveis de complexidade no SUS.... 97
5.4.2 Habilidades 98
5.4.2.1 Saber Identificar Problemas, Necessidades, Nós Críticos 99
5.4.2.2 Saber Estabelecer Prioridades e Traçar Estratégias 99
5.4.2.3 Saber Organizar seu Processo de Trabalho na Atenção Primária 100
5.4.2.4 Saber Intervir na Organização da Estrutura Físico-funcional e Organizacional da Unidade de Saúde 101
5.4.2.5 Saber Implementar as Normas de Biossegurança 102
5.4.2.6 Saber Articular o Trabalho em Grupo da Equipe Saúde da Família 102
5.4.2.7 Saber Ouvir e Negociar 104
5.4.2.8 Saber Conduzir o Processo de Trabalho em Saúde na Odontologia nos Diversos Níveis de Complexidade do SUS 104
5.4.3 Atitudes 105
5.4.3.1 Aplicar a Tomada de Decisão com Base nos Princípios Éticos e Legais 106
5.4.3.2 Respeitar e Acolher a População do Município 107
5.4.3.3. Valorizar os Processos Educativos com a Família e Comunidade 108
5.4.3.4. Preservar a Aplicação das Normas de Biossegurança do SUS 108
5.4.3.5 Comprometer-se com a Integração na Equipe Multidisciplinar de Saúde em sua Unidade de Saúde e Ser Comunicativo e Interativo com a Equipe de Trabalho 109
5.4.3.6 Valorizar o Trabalho como Eixo Norteador de sua Profissão 110
5.4.3.7 Sentir-se Co-responsável pela Saúde do Cidadão Brasileiro em seu Estado e Município 111

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 112

REFERÊNCIAS 116

APÊNDICES 123

ANEXOS 134

1 INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), à luz da Constituição de 1988, centrado nos princípios de universalidade, integralidade, descentralização e participação popular representou a tentativa institucional de proporcionar um sistema de saúde universal no Brasil (SILVA & LIMA, 2005, p. 76).

Contudo, a característica fragmentada de atenção à saúde ainda é predominante e marca, profundamente, a concepção de saúde/doença e a relação do trabalho dos profissionais da Saúde e usuários do Sistema Único de Saúde, restringindo a capacidade dos serviços de produzir qualidade de vida (CAMPOS, 2006, p. 230).

A cultura organizacional das instituições de assistência à saúde no Brasil provém de uma longa trajetória de ações pontuais, em resposta às crises epidêmicas que afetavam a economia, passando por modelos mistos de saúde e previdência, de acordo com a classe trabalhadora, evoluindo para um modelo cidadão-contribuinte, que deixou como herança ao SUS um sistema institucionalizado, em uma rede de saúde ineficiente, desintegrado, complexo, indutor de fraudes e de desvio de recursos (BAPTISTA, 2005, p. 25-47).

Muito desta forma de trabalhar e atuar em saúde advém de contextos filosóficos e históricos centrados na figura do médico, ou do dentista (nosso caso), nos seus atos como profissional da Saúde, na sua área de especialidade, respondendo à demanda de determinada queixa do paciente, usualmente, centrada na doença cárie e/ou periodontal, agregando ao senso comum a concepção de uma atenção à saúde bucal baseada na remoção e substituição de dentes. Esse modo fragmentado de atenção à saúde não é exclusivo na Odontologia.

O Relatório Flexner, no início do século XX, ao estabelecer o padrão do ensino nas escolas de Medicina americanas para uma assistência à saúde científica, fragmentada, tecnicista e fundamentada excessivamente nas especialidades, influenciou o mundo ocidental nesta concepção (CUTOLO, 2001), sedimentando, ainda mais, essa concepção biomédica nas escolas de Medicina e de outras especialidades em Saúde (Odontologia) no Brasil (SANTOS *et al*, 2006).

Porém, a insuficiência do modelo biomédico ou tecnicista obrigou a valorização de um fator essencial a qualquer trabalho ou serviço, a gestão de recursos materiais e humanos (CAMPOS, 2006). Contudo, o modelo voltado para atenção das condições agudas ainda prevalece na atuação da assistência à saúde (MENDES, 2002, p. 19).

Teixeira (2006) resume bem a dificuldade do cirurgião-dentista se adequar a um ambiente multidisciplinar e desenvolver atividades além do atual modelo hegemônico de atenção em Odontologia, altamente especializado e isolado:

> O modo de trabalho do cirurgião-dentista raramente tem se inserido em práticas partilhadas com profissionais de outras áreas, revelando uma escassa familiaridade com o trabalho em equipe. Assim, suas ações ainda permanecem isoladas. Além do mais, são perceptíveis os indícios dessa prática isolada em contextos como o da estrutura dos serviços de saúde – que reforça a divisão do trabalho através de especialidades estanques que pouco interagem – ou nas instituições de ensino e formação do CD, que ainda priorizam o tecnicismo e o biologismo, em detrimento de qualquer possibilidade de integração das disciplinas (TEIXEIRA, 2006, p. 50).

Infelizmente, esse modelo ainda se mantém na concepção de saúde/doença, na maneira de produzir saúde em Odontologia (PEREIRA *et al*, 2003) e na concepção dos usuários (MENDES, 2002).

A conseqüência é a baixa resolubilidade, planejamento de ações individuais e coletivas baseado na demanda de serviços, fragmentação da atenção, baixo vínculo, excesso de especialização, além do acolhimento restrito a uma relação tensa e conflitante com o usuário do SUS (PEREIRA *et al*, 2003; SANTOS *et al*, 2006).

A Carta de Otawa e o movimento de reforma sanitária brasileira propiciaram uma crítica a essa situação, junto com os diversos movimentos de redemocratização na década de 60 e 70 (POLIGLANO, 2006), propondo o contraponto desta filosofia, retornando aos ideais de uma atenção à saúde primária, com profissionais generalistas, atentos ao indivíduo e à família de maneira integral (BRASIL, 2006).

Essa luta por um sistema de saúde pública ideal foi deflagrada na XIII Conferência Nacional de Saúde e na I Conferência Nacional de Saúde Bucal, em 1986, estabelecendo esses fundamentos para a institucionalização de sua filosofia na Constituição Brasileira em 1988 (BRASIL, 2004).

Os desafios impostos pelo ideário do SUS na práxis das equipes de Saúde na atenção básica (BRASIL, 2006b), associado ao fracasso das arquiteturas

operacionais anteriores sedimentam a certeza da necessidade de valorização do capital humano no serviço à população como ferramenta para a reconstrução de um novo modelo de atenção à saúde (MENDES, 2002), através do estudo de uma nova "cartografia do trabalho", possibilitando a concepção de novas tecnologias produtoras do trabalho em saúde (MERHY, 2005).

Na Odontologia, essa luta também data de 1986, sendo atual e incessante, francamente presente nos textos das Conferências Nacionais de Saúde Bucal:

> A Saúde Bucal, 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 (BRASIL, 1986, p. 3).
>
> As políticas de saúde bucal devem favorecer a transformação da prática odontológica, através da incorporação de pessoal auxiliar e de novas tecnologias, e o desenvolvimento de ações coletivas de saúde, sem as quais não será possível obter impacto na cobertura a população e nem alterar suas características epidemiológicas (BRASIL, 1993, p. 9).

Na Constituição de 1988, o direito à saúde, através de políticas sociais e econômicas que garantam a prevenção de doenças e promoção de saúde (BRASIL, 1988), não alterou os baixos índices de efetividade e dificuldade de acesso do usuário aos serviços no SUS, o que denota falta de políticas adequadas e limitada resposta às necessidades da população por parte do governo (BRASIL, 2004a, p. 3).

As Cartas da II e III Conferência Nacional de Saúde Bucal, em 2004, demonstram o quadro negativo na saúde pública, citando "a falta de políticas públicas adequadas, as péssimas condições de trabalho, os salários aviltantes. entre outros fatores que afetam a atuação em saúde bucal dos profissionais da Saúde" (BRASIL, 2004b, p.5).

Certamente, esse tipo de ambiente de trabalho está sujeito a conflitos situacionais e gerenciais entre os profissionais da Saúde e o governo, ocasionando crises e dificuldades de atendimento.

Maciel-Lima (2004) confirma a existência de uma situação de inadequação das políticas trabalhistas e precárias condições de trabalho, que agravam o excesso de mecanização dos serviços de saúde.

A necessidade da mudança de modelo de assistência é reconhecida em diversos trabalhos como, Mendes (2002), Pereira *et al* (2003), Costa (2004), Kell (2004), Cruz (2005), Merhy (2004; 2005), Silva (2005), Campos (2006) e Santos *et al* (2006).

Merhy (2005, p. 33) estabelece a insuficiência do modelo neoliberal médico para suprir as necessidades de assistência à saúde, por não cumprir os objetivos de cuidar da população e gerenciar os serviços e recursos, afetando, micropoliticamente, todos os lugares e momentos de produção de atos de saúde.

Mendes (2002) retrata bem a atenção à saúde atual como “procedimento centrado”. Merhy (2005) e Campos (2006) concordam com tal expressão e estabelecem a necessidade de valorizar o ato de cuidado em si, pela redução da valorização de tecnicismos e procedimentos burocratizados, que desviam a atenção do sujeito a ser atendido.

Contudo, a reorientação para um modelo de atenção centrado no usuário depende do desenvolvimento de tecnologias (Merhy, 2004; 2005; 2006), que possibilitem ao profissional da Saúde a conquista de novas maneiras de produzir cura ou saúde e desempenhar um papel principal, como ator, no cenário do SUS, conquistando autonomia (Campos, 2006) necessária para exercer plenamente o roteiro descrito no Pacto pela Saúde 2006 (BRASIL, 2006).

Leal (2006) afirma que o processo de consolidação da Reforma Sanitária Brasileira indicou a necessidade de qualificar novos profissionais e requalificar os profissionais que já atuam na rede de serviços de saúde pública, por meio de estratégias de Educação Continuada ou Permanente, de acordo com o novo modelo gerencial, que elencou o mestrado profissionalizante em Saúde como uma formação importante para este fim.

Zawiaslak enfatiza, ao dizer que:

> "o mestrado, chamado acadêmico, é hoje a porta de entrada para a formação acadêmica de alto nível. Esses cursos têm aulas pela manhã, à tarde, e eles não estão muito preocupados com aspectos profissionais do aluno. O mestrado profissional não: nós estamos preocupados com a pessoa que já está integrada no mercado de trabalho, ela exerce a profissão e vem até a universidade buscar uma complexidade que não tinha até então. Nós alteramos inclusive nosso horário de trabalho, porque queremos que esse profissional continue trabalhando. Enquanto no mestrado acadêmico queremos que o aluno fique estudando o tempo todo, no mestrado profissional eu quero que ele continue trabalhando para trazer as suas preocupações, descobertas, o seu aprendizado prático para dentro

> da sala de aula. Então, é uma dinâmica completamente diferente, mas eu gero mestres ao final do processo" (ZAWIASLAK, apud, BRASIL, 2004).

Ribeiro (2005) e Leal & Freitas (2006) além de analisarem a necessidade de mais capacitação para os profissionais da Saúde para que possam desenvolver e aplicar novas tecnologias em sua prática concordam que o mestrado profissionalizante é um excelente meio de capacitá-los, gerando novos conhecimentos.

Ribeiro (2005) complementa, ao afirmar que: “o aluno em um mestrado profissionalizante não está sendo treinado ou informado, mas sim formado, diferente de um curso de aperfeiçoamento ou especialização” (RIBEIRO, 2005).

Saupe e Wendhausen (2006, p. 629) complementam, decisivamente, quando afirmam que o mestrado profissionalizante em Saúde é um instrumento complementar à Educação Permanente, senão preferencial, na capacitação de profissionais da Saúde, como curso de pós-graduação, por reverter os resultados de volta à prática e auxiliar na consolidação do SUS.

Saupe *et al* (2005, p.521-535), ao discorrerem sobre o trabalho em saúde e a importância da interdisciplinaridade, citam os cursos de pós-graduação como um dos conceitos nucleares para a consolidação das políticas públicas na área da Saúde, utilizando o conceito de competências como *core* de conhecimentos, habilidades e atitudes, que tornarão os esforços para o sucesso no trabalho em saúde mais efetivo e duradouro.

O governo também vem promovendo adequações para contribuir com esta mudança. Os programas e estratégias desenvolvidas nos últimos anos refletem bem esta visão.

A inclusão da Odontologia no Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2000), a Resolução do CNE/CNS 03 de 2002, programas como Pró-Saúde (BRASIL, 2004) e Brasil Sorridente (BRASIL, 2004), o lançamento das Diretrizes da política de Saúde Bucal (BRASIL, 2004), o Plano Nacional de Saúde de 2004 (BRASIL, 2004) e, finalmente, o Pacto pela Saúde 2006 (BRASIL, 2006) objetivam reorientar a política de atenção primária e a assistência à saúde, transformando o modelo de atenção fragmentado em um modelo de atenção, que garanta a integralidade nas ações de saúde bucal, como proposto na III CNSB (BRASIL, 2005b, p. 6).

Prevendo o planejamento desta reorientação da política de saúde, segundo a Resolução 03/2002 do Conselho Nacional de Educação (CNE)/Conselho Nacional de Saúde (CNS), o cirurgião-dentista deve ter:

> "[...] formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico, capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade [...]" (BRASIL, 2002, p. 1).

Desse modo, procura-se ampliar a abrangência de atuação do cirurgião-dentista como, inicialmente, regulamenta o Conselho Federal de Odontologia (Conselho Federal de Odontologia, 2005, p. 3), reconhecendo a necessidade do desenvolvimento de competências específicas no processo de trabalho do cirurgião-dentista, especificamente no gerenciamento de programas, equipes e unidades de saúde (BRASIL, 2002; 2004), o que o Pacto pela Saúde (2006) define como competências do cirurgião-dentista, e cujas atribuições nele descritas interpretamos como competências gerenciais, como definem Resende (2003, 2004) e Boog (2005).

A finalidade de todo este trabalho foi colaborar para o entendimento e propagação de concepções de práticas em saúde pública, baseadas em competências gerenciais, para que eficiência e efetividade sejam características naturais dos sistemas organizacionais do SUS, com ética e pela vida.

Este estudo teve como objetivo geral analisar as competências gerenciais desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas na prática do seu processo de trabalho na atenção primária em um município de Santa Catarina.

Os objetivos específicos foram: a) identificar as percepções dos cirurgiões-dentistas sobre suas competências gerenciais no seu processo de trabalho; b) verificar as competências gerenciais na práxis da atenção em saúde bucal, no processo de trabalho odontológico.

Este trabalho faz parte do projeto Modelagem dos Processos das Competências dos Profissionais da Saúde para a consolidação do SUS/ Programa/Estratégia de Saúde da Família, da Universidade do Vale do Itajaí, e financiado pela FAPESC, e do Projeto do CNPq, Avaliação do Processo de Trabalho

dos Profissionais da Equipe Saúde da Família, edital: MCT-CNPq/ MS-SCTIE-DECIT – Nº 23/2006.

2 O CONTEXTO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Apesar dos avanços conquistados desde a promulgação da Constituição de 1988, e com o recente esforço na reformulação dos currículos na graduação, e investimentos em Educação Permanente, os cirurgiões-dentistas ainda encontram dificuldades para se adequar às necessidades reais do serviço em saúde pública.

Ao reproduzir o modelo hegemônico tecnicista e fragmentado, aprendido nos cursos de Odontologia, o profissional, ao ser inserido no modelo de atenção integral à saúde proposto pelo Ministério da Saúde, sofre com a dicotomia dos conceitos envolvidos.

Todo o percurso histórico percorrido pelo SUS até o momento atual refletiu a força dos movimentos sociais em busca de um sistema de saúde eqüânime, universal, integral, do direito à saúde, descentralizado, hierarquizado e com participação popular (BAPTISTA, 2005).

Ocorreu, ainda, uma profunda crise na atenção primária, com todo tipo de problemas, tais como: insuficiência de recursos humanos e materiais, inadequação e degradação das instalações, falta de equipamentos e tecnologias de alta complexidade (SILVA *et al,* 2005a), e graves dificuldades estruturais como o acesso aos serviços, contrapondo-se à Constituição quanto ao direito à saúde (CECÍLIO, 1997).

Novamente, surge, com força, a precarização nos recursos humanos, especificamente na relação de trabalho, pela ausência de políticas de planos, cargos e carreiras, no sentido de favorecer e estimular o comprometimento dos profissionais com o SUS (MENDES, 2004, p.74).

A luta do Movimento de Reforma Sanitária focou muito a formação de profissionais como política de recursos humanos, relegando o planejamento da força de trabalho, mercado de trabalho e a regulação do exercício profissional como discussão pontual (SILVA, 2005b).

Ou seja, procurou aperfeiçoar a forma e conteúdo da atenção à saúde, mas colocou, em segundo plano, elementos importantes como as necessidades básicas reais de todo trabalhador, e os direitos trabalhistas, o que favoreceu conflitos entre empregador e profissionais da Saúde.

Ao mudar a política de gestão burocrática para a administração gerencial, em busca de espaço para novas políticas de saúde, o governo favoreceu a flexibilização das relações de trabalho por ganho com produtividade ou desempenho, proliferando vínculos não-estáveis, formas diferenciadas de remuneração, agravando a precarização das relações de trabalho, alta rotatividade, falta de regulamentação e controle do ingresso no serviço público e ausência de política salarial (SILVA, 2005b).

Em síntese, ignorar princípios básicos do trabalho como a regulamentação trabalhista desses profissionais, gera conflitos entre gestores e usuários.

Observa-se, ainda, um grave aspecto da crise sanitária brasileira, relacionado a determinados estilos de trabalhador (profissional da Saúde), e à produção de ações em saúde, sem compromisso em relação ao outro (profissional/usuário), culminando na falta de comprometimento dos profissionais (SILVA, 2005b).

A prática odontológica centrada na doença, fragmentada e tecnicista não faz frente aos desafios propostos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, 2004, 2005, 2006), e pela Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) na atenção primária à saúde, ao contrário, é antagonista à consolidação do SUS como sistema de saúde no país (BRASIL, 1986; BRASIL, 1993; PEREIRA *et al* 2003; BRASIL, 2004; COSTA 2004; KELL, 2004; CRUZ, 2005; SILVA, 2005; SANTOS *et al* 2006).

Em resumo, como problemas de pesquisa, relacionados ao trabalho e competências gerenciais do cirurgião-dentista, foram definidos com os seguintes questionamentos:

1) Quais seriam as competências gerenciais do cirurgião-dentista na atenção básica/primária?
2) Como o cirurgião-dentista desenvolveria estas competências?
3) Como ocorreria o desenvolvimento de todas as políticas de saúde do SUS, no desempenho de um profissional da Saúde excessivamente fragmentado e tecnicista?
4) A visão técnico-assistencialista fragilizaria a relação entre o profissional e o usuário?

Desta forma, evidenciam-se os seguintes pressupostos:

a) Desconhecimento do cirurgião-dentista do que seriam as competências gerenciais e como desenvolvê-las;
b) Pouco comprometimento do cirurgião-dentista com o SUS;
c) Fragilidade na relação de trabalho com o gestor;
d) Condições de trabalho precárias;
e) Pouco diálogo entre profissionais, governo e usuário;
f) Modo de trabalho fragmentado e tecnicista;
g) Baixa formação acadêmica para o desenvolvimento de competências gerenciais.

A partir deste espaço, apresentaremos o trabalho em capítulos, desenvolvendo os passos seguidos pelo autor:

Inicialmente, com temas introdutórios à atenção primária e história da história da Odontologia, embasando conhecimentos sobre estes universos filosoficamente distintos, descritos no capítulo “Contribuições teóricas para o estudo”, ao fornecermos embasamento teórico sobre a filosofia da profissão e do ser cirurgião-dentista, e uma sinopse sobre a área geográfica desta pesquisa, a cidade de Itajaí, em Santa Catarina.

O próximo capítulo é uma revisão bibliográfica sobre a atenção primária, processo de trabalho em saúde, processo de trabalho odontológico e competências gerenciais do cirurgião-dentista, formando o referencial teórico para o estudo.

Posteriormente, através do percurso metodológico, o leitor acompanhará todos os passos metodológicos da pesquisa, preparando para melhor compreensão do próximo capítulo, Resultados e discussão.

Por fim, as considerações finais do trabalho, encerrando o construto realizado pelo pesquisador.

2.1 CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS PARA O ESTUDO

Serão abordados, através de dois capítulos, a história da Odontologia como atividade profissional e o campo sociogeográfico de estudo, o município de Itajaí.

Essa contextualização será essencial para desenvolver e situar o trabalho a partir do referencial teórico.

2.1.1 Odontologia: Origens e Evolução

Como definição e contextualização, segundo discurso do Ministro da Saúde, em 2004, a saúde bucal:

> É parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, estando 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, sendo o movimento gerador de necessidade da população frente a este conceito de saúde bucal intimamente vinculado à luta pela melhoria de fatores condicionantes sociais, políticos e econômicos, o que caracteriza a responsabilidade e dever do Estado em sua manutenção, condicionando a saúde integral de cada indivíduo como fator para o desenvolvimento da nação em seu processo histórico, incluindo a saúde bucal às demais políticas econômicas e sociais (BRASIL, 2003).

Mas, historicamente, o processo de saúde/doença na Odontologia esteve estritamente ligado às necessidades da recuperação ou eliminação dos elementos dentais, ou através de serviços mais elaborados, disponíveis à oligarquia presente, a recuperação das funções do aparelho estomatognático.

A necessidade de tratamento de uma enfermidade dentária esteve sempre presente, desde tempos remotos. As primeiras civilizações humanas, no início, desenvolveram tentativas no sentido de repor dentes perdidos. Para muitos historiadores, os fenícios, 4.000 a. C, foram os verdadeiros precursores da prótese dentária. Seus conhecimentos foram transmitidos aos outros povos do mediterrâneo, como os egípcios e etruscos. Esses conhecimentos constavam de dados terapêuticos sobre a Odontologia, principalmente referentes à habilidade da prótese (ABPD, 2006).

Esse conceito de saúde/doença ocorreu em várias civilizações da antiguidade, desde o Egito e a Mesopotâmia, até o Japão, com algumas variantes,

devido à cultura, mas preservando o caráter de reposição de perdas dentais, ou abreviação de patologias por remoção de elementos dentais (RING, 1998).

Na idade média, a Igreja possuía a exclusividade do saber científico. Com as invasões mouras e o renascimento cultural houve um impulso nas artes e nas ciências. Surgiram os barbeiros-cirurgiões, ancestrais dos atuais cirurgiões-dentistas, praticando seu ofício sem a devida aceitação do clero e da oligarquia. (RING, 1998).

No século X, criaram-se as primeiras escolas a ensinar Medicina como um ramo de conhecimento independente, mas extremamente limitado, e os barbeiros-cirurgiões realizavam extrações dentárias, sangrias, incisões para retirada de pedras da bexiga, lancetavam abscessos, raspavam cataratas além do ofício estético de um barbeiro (RING, 1998).

No século XII, Guy de Chauliac, médico e anatomista particular de três papas, escreveu a obra ¨Inventorium Chiurgicalis Medicine¨ na qual descreve a anatomia da dentição, classifica os males e divide os tratamentos em universais e particulares. Ele usou seu prestígio em defesa dos barbeiros-cirurgiões e ¨dentadores¨, pessoas que tratavam exclusivamente de dentes. No século XIII, Giovanni Arcolani catalogou instrumentos utilizados em extrações. Em meados do século XVI, aparece a obra ¨Practisa Copiosa in Arte Chirurgica¨, de Giovanni da Vigo, onde descreveu a utilização do ouro em restaurações dentais (RING, 1998).

Leonardo da Vinci, em seus estudos anatômicos, descreveu o seio maxilar e detalhou os dentes, sendo o primeiro a distinguir molares de pré-molares (RING, 1998).

Em 1530, é publicado o ¨Little Medicinal Book of All Kinds of Diseases and Other Infirmities of the Teeth¨, sendo a primeira obra dedicada exclusivamente à Odontologia. Andreas Vesálio, em 1543, publica um dos maiores tratados de anatomia de todos os tempos, dissociando a estrutura dental dos ossos, como Galeno citava. Um sucessor de Vesálio, Gabriello Fallopio (1516-1559), contribuiu para a Odontologia com a descrição do nervo trigêmeo, e outro, chamado Bartolommeo Eustáquio, primeiro anatomista dental, realizou a publicação de ¨Libellus de Dentibus¨ (opúsculo sobre os dentes), primeiro livro da anatomia e histologia dental, em 1563 (RING, 1998).

O processo de atenção formal às patologias bucais aportou no Brasil a partir da vinda dos portugueses, em 1500. Naquela época, o que existia eram as

extrações dentárias. As técnicas eram quase primitivas, o instrumental impróprio e não havia nenhuma forma de higiene. A Odontologia era praticada pelo barbeiro-cirurgião ou sangrador. As técnicas de "curar de cirurgia, sangrar e tirar dentes" eram passadas sem qualquer teoria. A Odontologia era vista como uma prática que tornava as mãos dos profissionais de medicina pesadas, diminuindo a destreza para intervenções consideradas delicadas (UNIODONTO, 2006).

No “Regimento do Ofício de Cirurgião-mor” de 1631, foi estabelecida a multa às pessoas que “tirassem dentes”. Especificamente com relação à Colônia, o “Regimento do Cirurgião Substituto das Minas”, de 1743, regulamentava as taxas para as pessoas que tirassem dentes. O historiador Salles Cunha, em 1931, admite que “foi com certeza, de acordo com essa lei, que se licenciou o termo Tiradentes”. O vocábulo “dentista” aparece escrito pela primeira vez no documento “Plano de Exames da Junta do Proto-Medicato”, de 17 de junho de 1782 (ROCHA, 2006).

O século XVII revelou um novo mundo aos pesquisadores com a invenção do microscópio. Naquela época, os barbeiros-cirurgiões atendiam em praças públicas junto com artistas circenses e eram mambembes, só os mais bem sucedidos se estabeleciam em pontos fixos. Pierre Fauchard (1678-1761) publicou o ¨Traité des Dents¨ ou ¨Le Chirurgen Dentiste¨, descrevendo técnicas de tratamento, normatizando os procedimentos, proporcionando, assim, enorme salto qualitativo na área. Isso incentivou diversos autores a transmitir suas experiências para o papel. Fauchard foi um preventivista pelos padrões da época e revolucionou os conceitos ergonômicos do consultório, sugerindo que o paciente ficasse acomodado em uma cadeira com apoio para os braços. Também foi ele quem criou o termo cirurgião-dentista para a profissão, diferenciando-a das demais especialidades cirúrgicas. Josiah Flagg realizava procedimentos de ortodontia, de endodontia e cirurgias de lábio leporino (RING, 1998).

Em 1811, recebeu a carta de autorização o primeiro brasileiro, Eugênio Frederico Guertin, diplomado pela Faculdade de Medicina de Paris, foi o primeiro dentista da Casa Imperial, teve sua carta de autorização expedida em 1820, sendo este um verdadeiro dentista, principalmente no que concerne à prótese. Confeccionava coroas metálicas, restaurava dentes com ouro ou chumbo, realizava profilaxia nos dentes ou os extraía. Em 1828, publicou um pequeno livro intitulado “Avisos Tendentes à Conservação dos Dentes e sua Substituição” (ROCHA, 2006).

Após a Revolução Francesa, houve um avanço também na Odontologia americana, sendo que, em 1830, a maioria das grandes cidades já contava com cirurgiões-dentistas residentes. Giusepângelo Fonzi (1768-1840) fez avanços consideráveis para a prótese odontológica, criando moldes individuais, e o joalheiro Samuel White, da Filadélfia, criou a primeira linha de produção de dentes de porcelana. Após aperfeiçoamentos, Charles Henry Land, em 1903, lançou a coroa de porcelana estética. Na década de 1850, a guta-percha era largamente utilizada para restaurações temporárias dentais, já que o uso de metais derretidos causava lesão na polpa dental. Em 1833, dois franceses de sobrenome Crawcour trouxeram para a América o amálgama. Devido à praticidade de seu uso, mesmo com alguns problemas de não aceitação por parte de alguns líderes da profissão, que somente aceitavam o uso de ouro para restaurações definitivas, passou a ser largamente utilizado. Em 1851, Nelson Goodyear descobriu a vulcanite para a produção de bases de dentaduras e, em 1868, George F. Green, mecânico da S. S. White, criou o primeiro protótipo da broca dentária (RING, 1998).

A descoberta da anestesia, com o gás óxido nitroso, pelo pesquisador chamado Horace Wells, em 1844, foi reconhecida pela American Dental Association (ADA) e a American Medical Association (AMA) (RING, 1998).

Durante as duas últimas décadas do século XIX, dois descobrimentos importantes marcaram a Odontologia: a Odontologia preventiva e a radiografia. O bacteriologista e depois dentista americano, que trabalhou muitos anos na Alemanha, Dr. Willoughby D. Miller, foi o primeiro a propor, em 1890, a teoria de que a dissolução do esmalte por ácidos produz a cárie (RING, 1998).

A descoberta de Roentgen, em 1896, sobre a aplicação dos Raios X como auxiliar do diagnóstico em patologias ósseas, possibilitou a Kells, dentista de Nova Orleans, oito meses depois, expor, em um congresso odontológico na Carolina do Norte, um aparelho para radiografia odontológica. Kells foi também inventor do uso de equipamentos elétricos, de um motor dental acionado por corrente, introduziu o ar comprimido com variadas utilidades e uma bomba de sucção que se revelou muito prática não só em Odontologia como em qualquer cirurgia que necessitasse aspiração de fluídos para a limpeza do campo operatório (RING, 1998).

No Brasil, iniciativas desorganizadas em prevenção de doenças bucais, antes da Constituição de 1988, principalmente de fundo campanhista, marcaram as ações

em saúde bucal, mas uma foi marcante pelo seu modelo. Trata-se das iniciativas do SESP, em São Paulo, que priorizou uma assistência marcadamente preventivista.

A inserção da Odontologia no Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2000) e, posteriormente, a evolução do Programa de Saúde da Família para Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2006), renovou a amplitude de ações sob responsabilidade do cirurgião-dentista. Contudo, historicamente, o profissional cirurgião-dentista tem uma grande tendência à assistência individual, fragmentada e reducionista do individuo (CRUZ, 2005; SANTOS, 2006, TEIXEIRA, 2006).

Portanto, o cirurgião-dentista ainda tem dificuldades na integração com uma equipe multidisciplinar (SILVA, 2005), criando possibilidades de perpetuação do modelo assistencial tecnicista e curativo, por falta de capacitação de seus componentes, em um programa que busca promover a saúde bucal de maneira integral (SANTOS, 2006; TEIXEIRA, 2006).

Mesmo com ações governamentais, como o Pró-Saúde e Programas de Educação Permanente, a atividade odontológica segue a concepção histórica segmentada e tecnicista, constituindo-se no maior desafio para o desenvolvimento de uma prática de atenção à saúde realmente baseada em competências gerenciais, que favoreçam a práxis da atenção primária, como afirma Mendes (2002).

Fica evidente que o perfil do profissional cirurgião-dentista na saúde pública requer um indivíduo com conhecimento, atitudes e habilidades que domine o universo administrativo presente na atenção primária.

Como, então, entender esta nova dinâmica que se desenrola nas unidades de saúde?

2.1.2 O Município de Itajaí

O Rio Itajaí-Açu além de beneficiar a cidade de Itajaí, também deu origem ao seu nome. Do tupi-guarani, Itajaí significa Rio Pedregoso, ou, segundo outra interpretação, Rio das Taiás, erva comum na região. A ocupação da região começou em 1658. O município de Itajaí foi criado em 4 de abril de 1859 pela Lei nº164, sendo que sua instalação ocorreu somente em 15 de junho de 1860. Em 1º de maio de 1876, a Vila do Santíssimo Sacramento de Itajaí foi transformada em cidade. O município de Itajaí possui uma área urbana de 78 Km², e rural de 211 Km²,

totalizando 289 km². Faz divisas com os municípios de Navegantes ao norte, Camboriú e Balneário Camboriú ao sul, Ilhota, Brusque e Gaspar a oeste, e, finalmente, ao leste encontra-se o Oceano Atlântico (LOPES & FILHO 2003).

O município de Itajaí, atualmente, possui uma população, estimada pelo IBGE, de 164.950 habitantes, cuja economia gerou, em 2000-2001, um PIB de R$ 1.572.423.000,00. Possui o Porto de Itajaí, cuja referência nacional na exportação de carnes demanda uma infra-estrutura de apoio e logística crescente, além do setor de serviços públicos, indústria, comércio, e o setor de agronegócios, que acompanham o desenvolvimento regional. (BRASIL, 2006).

O município de Itajaí possui status de Gestão Plena em Saúde, pelo Ministério da Saúde, e apoio de um Pólo de Educação Permanente na Universidade do Vale do Itajaí, sendo referência na 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional do Estado de Santa Catarina. Possui, também, dois hospitais para atendimentos de média e alta complexidade: o Hospital Pequeno Anjo e o Hospital Maternidade Marieta Konder Bornhausen.

A Secretaria Municipal de Saúde conta com 63 cirurgiões-dentistas, atendendo a comunidade nas diversas Unidades de Saúde e nos diversos níveis de atenção.

Possui um Centro de Especialidades Odontológicas, que atende em especialidades como: cirurgia buco-maxilo facial (dois cirurgiões-dentistas), endodontia (dois cirurgiões-dentistas), atendimento à pacientes especiais (um cirurgião-dentista), radiologia (um cirurgião-dentista), odontopediatria (uma cirurgiã-dentista) e periodontia (um cirurgião-dentista).

Ainda conta com uma unidade de atendimento a pacientes portadores do vírus HIV (Hospital-Dia), um consultório odontológico no Presídio em Itajaí e convênio com o Hospital Maternidade Marieta Konder Bornhausen e Hospital Pequeno Anjo para cirurgias, com um cirurgião-dentista em cada unidade. A assistência odontológica ainda se faz presente no Presídio de Itajaí.

Na Secretaria Municipal de Saúde, atuando na administração das ações e políticas públicas em saúde no município, há cinco cirurgiões-dentistas.

O atendimento ambulatorial nas Unidades de Saúde Básica é realizado por 43 cirurgiões-dentistas em 22 consultórios odontológicos, sendo um móvel (odontomóvel). Ainda, como parte da atenção básica, existe no município o serviço de urgência odontológica diária, de livre demanda, na unidade do Pronto Atendimento do São Vicente.

As atividades de promoção e prevenção em saúde bucal nas escolas são asseguradas através de convênios entre Secretaria Municipal de Educação e Secretaria Municipal de Saúde, envolvendo as Unidades de Saúde que possuam cirurgiões-dentistas, além de participação assegurada nas ações como no programa Escola Aberta, Semana de Saúde Bucal, e eventos diversos da Secretaria de Saúde do Município de Itajaí (ITAJAÍ, 2006).

Até a presente data, não existem Equipes de Saúde Bucal vinculadas às Equipes de Saúde da Família.

Esta reestruturação administrativa no município propõe estabelecer um protocolo normatizando o processo de trabalho do cirurgião-dentista da rede pública do município, focando, principalmente, suas atribuições básicas e específicas, segundo o Ministério da Saúde, mas ainda não consolidado.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico consistirá na análise do processo de trabalho do cirurgião-dentista no SUS, na atenção primária, e uma reflexão sobre as competências gerenciais na saúde e para o cirurgião-dentista. Através de capítulos, as linhas de pensamento serão guias nesta pesquisa.

3.1 Atenção Primária à Saúde

Inicialmente, é preciso discorrer sobre as políticas públicas de saúde, antes de discutir a atenção primária no Brasil.

Para uma análise da história das políticas de saúde no país, faz-se necessário a definição de algumas premissas importantes, a saber, segundo Poliglano (2007):

> 1. A evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los;
> 2. A lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira, sofrendo a forte determinação do capitalismo em nível internacional;
> 3. A saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do Estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema, como uma moldura de um quadro, tanto no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto à destinação de recursos direcionados ao setor saúde. Somente nos momentos em que determinadas endemias ou epidemias se apresentam como importantes em termos de repercussão econômica ou social dentro do modelo capitalista proposto é que passam a ser alvo de uma maior atenção por parte do governo, transformando-se pelo menos em discurso institucional, até serem novamente destinadas a um plano secundário, quando deixam de ter importância. Podemos afirmar que, de um modo geral, os problemas de saúde tornam-se foco de atenção, quando se apresentam como epidemias, e deixam de ter importância, quando se transformam em endemias;
> 4. As ações de saúde propostas pelo governo sempre procuram incorporar os problemas de saúde que atingem grupos sociais importantes de regiões socioeconômicas igualmente importantes dentro da estrutura social vigente; e, preferencialmente, têm sido direcionadas para os grupos organizados e aglomerados urbanos em detrimento de grupos sociais dispersos e sem uma efetiva organização;
> 5 . A conquista dos direitos sociais (saúde e previdência) tem sido sempre uma resultante do poder de luta, de organização e de

> reivindicação dos trabalhadores brasileiros e, nunca uma dádiva do Estado, como alguns governos querem fazer parecer.
> 6 . Devido a uma falta de clareza e de uma definição em relação à política de saúde, a história da saúde permeia e se confunde com a história da previdência social no Brasil em determinados períodos;
> 7. A dualidade entre medicina preventiva e curativa sempre foi uma constante nas diversas políticas de saúde implementadas pelos vários governos (POLIGLANO,2007).

Efetivamente, o primeiro esboço de atenção organizada pelo Estado à saúde pública no Brasil ocorreu na vinda da corte portuguesa ao Brasil, na época colonial portuguesa, limitado à proteção e saneamento das cidades de importância econômica e política, com um fraco controle e observação das doenças e doentes. Inicialmente, havia uma incipiente formação dos recursos humanos em saúde por meio de hospitais e a regulamentação da atividade em saúde (BAPTISTA, 2005).

Verifica-se que o interesse primordial estava limitado ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do império, tendência que se alongou por quase um século. O tipo de organização política do império era de um regime de governo unitário e centralizador, incapaz de dar continuação e eficiência à transmissão e execução a distância das determinações emanadas dos comandos centrais (POLIGLANO, 2007).

Independentemente do regime político, império ou república, a atenção à saúde era extremamente pontual, praticamente mantinha ações em resposta à epidemias e doenças que afetavam o ciclo econômico, com o acesso restrito aos que podiam pagar, em hospitais privados, ou em Santas Casas, de caráter beneficente.

Com a proclamação da república, estabeleceu-se uma forma de organização jurídico-política típica do estado capitalista. No entanto, essa nova forma de organização do aparelho estatal assegurou apenas as condições formais da representação burguesa clássica, especialmente a adoção do voto direto pelo sufrágio universal (POLIGLANO, 2007).

Na república, atuações campanhistas ocorriam em resposta às doenças infecto-contagiosas, tais como febre amarela, tuberculose, e peste bubônica, que permaneceram restritas aos principais pólos de interesse político-econômico, com poderes de polícia de saúde. Ainda que essas ações de saúde pública fossem amplas para a época, excluíam grande parcela da população. Esse foi o principal

modo de atuação da saúde pública no Brasil, desde o final do século XIX até a metade da década de 60 (WESTPHAL *et al,* 2001).

O acesso ao serviço de saúde, desde então, era realizado por meio de pagamento a profissionais liberais ou pelo auxílio das Santas Casas, que prestavam serviços aos menos afortunados. Com a gradual transformação do modelo absolutamente agroexportador, em meados de 1923, para o modelo pré-industrial, através de incentivos à industrialização, foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão, com a primeira destinada aos ferroviários. Esses institutos eram administrados pelos empresários e organizados pelas empresas, mas a maioria avassaladora da população ainda não tinha acesso pelo simples fato de não possuírem a uma classe trabalhadora organizada ou influente no modo de produção vigente. No Estado Novo de Vargas, sob a doutrina de racionalização de recursos, foram implantados os Institutos de Aposentadoria e Pensão para prover a aposentadoria dos trabalhadores filiados a estes e, em um objetivo secundário, também oferecer assistência médica (WESTPHAL *et al,* 2001).

Com o crescimento das áreas industrializadas e o êxodo rural, a partir da década de 50, o atual sistema de assistência não suportava o aumento da demanda. Já não bastava sanear o espaço de escoamento de mercadorias (WESTPHAL *et al,* 2001). Houve uma mudança no saneamento campanhista para um sistema campanhista-policial (majoritário), centrado no combate de determinadas doenças endêmicas. Era um sistema campanhista local, permanente, que favorecia a implantação de uma rede de centros de saúde, por meio de educação sanitária, responsável pela proteção da saúde coletiva em uma determinada área (MENDES, 2002).

Apesar da corrente de pensamento de assistência em saúde, centrada nos grandes centros de saúde, ser predominante, surgiu uma corrente de sentido contrário ao excesso de especialização técnica, determinando a importância da união do cuidado preventivo ao esforço integral, na busca de cura, preconizado por indivíduos como Leavel & Clark, introduzindo o princípio generalista em programas de saúde e a multicausalidade do processo de saúde/doença (MERHY *et al,* 1993).

A exemplo do SESP, criado como esforço de guerra na década de 40, em convênio entre o governo federal e o Instituto Rockffeler, e inspirado no modelo sanitarista americano, foi pioneiro na criação de unidades de atenção primária à

saúde, que articulavam ações preventivas e curativas, ainda que restritas ao campo de doenças infecciosas e carenciais (MENDES, 2002).

Na década de 60, continuou a hegemonia do modelo médico-assistencial privativista, e a atenção primária à saúde desenvolveu-se nas Secretarias Estaduais de Saúde, conservando o núcleo tecnológico original do modelo sespiano, mantendo a atenção para doenças infecciosas e carenciais (MENDES, 2002).

Em 1978, surge uma nova proposta de priorização da atenção básica, através da Organização Mundial de Saúde, na Carta de Alma-Ata, coincidindo com a necessidade de expansão da atenção em saúde, com um modelo de baixo custo para a enorme parcela da população mundial, que não tinha acesso a estes centros. Os integrantes do Programa de Interiorização das Ações de Saúde, composto por integrantes de um movimento com os mesmos princípios de Alma-Ata, o “movimento sanitário” começava a criar raízes, contribuindo para a extensão de uma rede ambulatorial pública, principalmente no Nordeste. Ao mesmo tempo em que, politicamente, os movimentos sociais ganhavam força e o país seguia rumo à redemocratização (WESTPHAL *et al,* 2001).

Experiências-piloto em universidades resultaram no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS), com abrangência nacional, em 1979, iniciando um ciclo de expansão da assistência primária à saúde, sob forma de um programa de medicina simplificada.

Associado a este contexto político, o sistema hospitalocêntrico apresentava, neste período, sua incapacidade de dar resolubilidade aos problemas da saúde pública, pois, cada vez mais, oneravam o Estado, que já não possuía mais recursos após décadas de financiamento desta perspectiva de saúde “norte-americana”, (MERHY *et al,* 1993), favorecendo a sedimentação da atenção básica ou primária como primeiro atendimento à população. Iniciou-se, na década de 80, com a crise do sistema previdenciário, uma nova expansão de unidades de atenção básica, baseada na assistência dos usuários dos sistemas previdenciários, além dos programas campanhistas e preventivos (MENDES, 2002).

Marco histórico do Movimento Sanitário Brasileiro, a VIII Conferência Nacional de Saúde estabeleceu um consenso político, que permitiu a formatação do projeto da Reforma Sanitária, caracterizada por uma ampliação do conceito de saúde, do acesso amplo a serviços de saúde, tendo, o Estado, o dever de provê-la e instituir um sistema único de saúde para todos os cidadãos (BRASIL, 2004).

Com a Constituição de 1988, regulamenta-se o Sistema Único de Saúde, incorporando definitivamente conceitos de universalidade, eqüidade, descentralização, hierarquização, integralidade de ações e a implementação de articulações políticas, econômicas e sociais para operá-lo.

A descentralização da saúde no país, a partir de 1988, foi feita através de um processo de municipalização da atenção primária (básica), que originou uma expansão caracterizada pela criação de novas unidades básicas de saúde pelos municípios (MENDES, 2002).

Este aumento no número de unidades também foi seguido pela evolução na qualidade da atenção à saúde, fruto da tentativa de sedimentação dos conceitos do SUS, como integralidade de ações de saúde (MENDES, 2002), não significando, porém, que estes preceitos estejam sendo aplicados no cotidiano do SUS (FIOCRUZ, 2002; MACIEL-LIMA, 2004)

A atenção primária (MENDES, 2002) ou atenção básica (BRASIL, 2006) constitui o primeiro contato do usuário ou família aos serviços de saúde, e também, o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção, segundo a Organização Mundial da Saúde (1978). Mas o seu conceito mais amplo é composto do conhecimento e operacionalização de certos princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária (STARFIELD *apud* MENDES, 2002 P. 13). Portanto, saúde não é tão somente cuidado à saúde, tecnicamente falando e agindo, mas elementos externos ao contato físico com o paciente.

A denominação, Atenção Básica, no entanto, refere-se à hierarquização do modelo adotado pelo Ministério da Saúde para ações de atenção primária, proposto por Mendes (2002), mas com caráter de porta de entrada ao SUS, como descrito por Cecílio (1997), portanto, de caráter restritivo ao acesso do usuário aos serviços por outro estrato da hierarquização da atenção à saúde (CECÍLIO, 1997).

Em 28 de março de 2006, através da Portaria de número 648/GM do Ministério da Saúde, o PSF torna-se definitivamente a estratégia de saúde da família, na qual toda a atenção básica será reorganizada segundo este modelo, consolidada pelo Pacto pela Saúde 2006 (BRASIL, 2006).

Neste sistema de saúde hierarquizado a Atenção Básica constitui o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, compreendendo um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que englobam a promoção da saúde, a prevenção de agravos,

o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde. A estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2006) constitui a estratégia priorizada para a atenção básica, tendo como principal desafio promover e reorientar as práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

Entenda-se que esta reorientação de política reverte em um fator importante, segundo Cecílio (2005), a lógica estruturada dos níveis de atenção à saúde passaria a ter a lógica da integralidade, pressupondo que o acesso é garantido ao usuário, a entrada no sistema, que, pela política do Ministério da Saúde, ocorreria apenas na Atenção Básica. Mas poderia e deveria ser um fluxo dinâmico, com acolhimento do usuário em qualquer nível.

Portanto, a descrição das atividades em saúde como Atenção Básica seguirá o concebido pelo Ministério da Saúde, e a Atenção Primária, segundo o descrito por Mendes (2002).

Este é o desafio da assistência integral e atenção longitudinal proposto por Merhy (2004) no processo de trabalho na saúde, ao refletir sobre o papel desenvolvido pelos profissionais da Saúde básica e seus desdobramentos na efetividade das ações de saúde nas unidades de saúde.

A Atenção Básica, segundo o Pacto pela Saúde 2006, de acordo com a portaria número 648, tem o Programa de Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, conforme os preceitos do SUS, tendo como fundamentos o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito, de forma que permita o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da eqüidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde; prevenção de agravos; vigilância à saúde; tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe; coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais da Saúde por meio do estímulo e do

acompanhamento constante de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e estimular a participação popular e o controle social.

Contudo, segundo Mendes (2002, p.81), apesar da trajetória longa do surgimento da atenção básica no país, até a estratégia de saúde da família ter atingido um quarto da população brasileira, ela está longe de se tornar modelo hegemônico de atenção básica à saúde no SUS.

3.2 Processo de Trabalho em Saúde

Para Marx (1988), o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, no qual, o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de se apropriar da matéria natural numa forma útil para sua vida.

O meio de trabalho é uma coisa ou complexo de coisas que o trabalhador coloca entre si mesmo e o objeto de trabalho, e que lhe serve como condutor de sua atividade sobre este objeto, e o processo de transformação deste objeto, pela atividade do homem, denomina-se processo de trabalho, extinguindo-se na realização de seu produto (MARX, 1988).

Na evolução do modo de produção econômico, durante a história humana, ocorreram diversos eventos que definiram o poder político-econômico de tribos, vilas, cidades, feudos, reinos, países, blocos político-econômicos, que enfim demarcaram mudanças, que repercutiram no modo em que as sociedades produzem suas riquezas e se relacionam, ou seja, trabalham.

A mudança do modo de trabalho, desde o caçador e nômade da pré-história para a agricultura rudimentar, permitiu a fixação dos grupos humanos e o surgimento do germe da civilização, da explosão criativa do renascimento, a partir das cinzas do mundo feudal, da corrida pelo ouro das Índias pelos espanhóis e portugueses, subjugada pela revolução industrial na Inglaterra, e, finalmente, da evolução do capitalismo Taylorista para uma economia, ainda que democrático-liberal, mas centrada nos resultados, na eficiência, na qualidade, na competência.

Ainda que no mundo existam economias que divergem das teorias do capitalismo, fundamentalmente, o trabalho continua sendo, para o cidadão comum, o processo social que lhe fundamenta e dá possibilidade de subsistência na sociedade e dita seu modo de viver, pensar e agir.

Recordando os antecedentes históricos das profissões de saúde, podemos definir que, diferente de um artesão da idade média, o fruto do trabalho não é um objeto manufaturado, a ser comercializado, mas o próprio ato é o produto oferecido e passível de cobrança, como um bem industrializado, pela ótica capitalista.

O processo de trabalho dos profissionais da Saúde tem como finalidade a ação terapêutica de um indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando de medidas curativas, preventivas ou de preservação da saúde (LEOPARDI, 1998).

Merhy, citando Marx (apud, MERHY, 2005, p. 19), lembra que, no modo de produção capitalista, a maneira de produzir ou o modo de trabalho é “prisioneiro” das inovações tecnológicas para resolver o ciclo de acumulação de capital, e que este processo (transição tecnológica) imprime alterações significativas no parcelamento dos processos de trabalho, no perfil da qualificação dos trabalhadores, no mercado da força de trabalho, nos processos de troca, entre outros.

Portanto, o trabalho em saúde, como qualquer trabalho, é essencial para a vida humana, é parte do setor de serviços, sendo um trabalho da esfera da produção não-material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independentemente do processo de produção, e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade (RIBEIRO *et al*, 2004).

Os médicos e enfermeiros, por exemplo, realizam ou produzem o que Marx conceitua como mais-valia relativa em seu ato através da assistência, ou seja, um serviço prestado, mas com um diferencial pelo grau de envolvimento entre as partes, decisivo, muitas vezes, para o sucesso ou cura. Este relacionamento de prestação de serviço, na lógica do sistema capitalista primitivo, se encontra sem sustentação, pois não possibilita acumulação de bens, portanto, relegado à margem da economia pelo valor econômico altamente subjetivo, com diferentes padrões de remuneração pelo mesmo serviço, ou cuidado, tornando os profissionais da Saúde vulneráveis (LEOPARDI, 1998).

Na sociedade pós-segunda guerra mundial, a economia adquiriu uma característica em que, apesar do grande crescimento dos setores não envolvidos diretamente com a produção material (serviços), a tendência não foi em ampliar uma outra racionalidade diferente da encontrada no trabalho industrial. Este grupo, apesar de apresentar certa diferenciação salarial que lhe permitiu um afastamento dos piores aspectos da situação do proletariado, ainda se encontrava dependente econômica ou estruturalmente ao capital e seus afiliados (RIBEIRO *et al*, 2004).

Mas, com a mudança da economia, baseada não somente em produção, apropriação e venda de bens de consumo, mas em serviços, foram qualificados pela mudança do paradigma da produção industrial, a partir de 1970, para conceitos de eficiência, eficácia, qualidade e, mais recentemente, competências, devido ao aumento de concorrência global entre os países industrializados, que disputam mercado no mundo globalizado. Esta busca por estes conceitos também alcançaram o setor de serviços e, conseqüentemente, a área de assistência à saúde (RESENDE, 2003).

Portanto, se o trabalho é considerado uma atividade ou ato produtivo, útil para transformação de uma realidade social, sendo realizado por um ator social, com finalidade e meios para se realizar através de relações sociais (BRASIL, 2005), ao se falar em processo de trabalho em saúde, temos de considerar três fatos, segundo Nogueira (2003) e Rodriguez *et al*, (2004):

- Primeiro: Compartilha semelhanças com o processo de trabalho em geral;
- Segundo: Toda a atenção em saúde é um serviço;
- Terceiro: Baseia-se, primordialmente, na inter-relação pessoal. Portanto, para um bom resultado, deve produzir o cuidado para atingir saúde ou cura.

Os componentes do processo de trabalho industrial são sistematizados em:

- Matéria-prima;
- Instrumentos de trabalho;
- Homem;
- Produto.

O processo de trabalho em saúde é sistematizado em:

- Matéria-prima → Usuário;
- Instrumentos de trabalho→Tecnologia Leve/Dura/Leve-Dura (MERHY, 2005);
- Homem→ Profissional da área da Saúde;
- Produto→ Produção do cuidado para alcançar cura ou saúde.

Merhy (2005) propõe uma classificação engenhosa das tecnologias do trabalho em saúde, como Tecnologias Leves, Duras e Leve-Duras:

> Tecnologias Leves
> Correspondem ao ato do profissional da Saúde. Especificamente, à ações exclusivas da ação humana, do ser humano, do profissional da Saúde, como acolhimento, vínculo, gestão de serviços.
>
> Tecnologias Leves-Duras
> Correspondem a saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como o uso da técnica clínica, a epidemiologia, o planejamento.
>
> Tecnologias Duras
> Correspondem aos equipamentos necessários para o ato do profissional da Saúde, como máquinas de diagnóstico, computadores, protocolos, estruturas organizacionais (MERHY, 2005).

Associando ao proposto anterior, observamos o cirurgião-dentista, ao exercer sua assistência em saúde, no ato do cuidado ao paciente. Primeiramente, utiliza das tecnologias leves como acolhimento na primeira consulta, humanização no atendimento e vínculo para promover saúde. Categorizando-se como tecnologia leve-dura, pode-se representar a técnica utilizada para realizar uma restauração, e a tecnologia dura corresponderia ao maquinário e materiais necessários para confeccionar a restauração (MERHY, 2005).

Merhy (2006) ainda propõe a categorização do trabalho em saúde como trabalho vivo e trabalho morto, contendo o ato da assistência à saúde (trabalho vivo) através da utilização do equipamento médico-hospitalar (trabalho morto) na cristalização do ato em si do trabalho na saúde.

Pode-se mesmo caracterizar o trabalho morto como um modelo gerencial desenvolvido e aplicado em determinada instituição ao qual não se aplica mais

nenhum desenvolvimento ou ação criativa em resposta às variações ou necessidades do serviço.

Portanto, aplica-se a determinados protocolos utilizados na assistência primária à saúde, que não sofrem avaliação ou críticas pelos profissionais, que o utilizam como ferramenta, impossibilitando o aperfeiçoamento ou verificação da viabilidade de sua aplicação na prática.

Ainda sobre o trabalho em saúde, Merhy (2003, p. 23) cita que a finalidade última em qualquer tipo de serviço é a responsabilidade de operar com saberes tecnológicos, de expressão material e não-material, a produção do cuidado individual ou coletivo, que promete a cura e saúde.

Silva, em seu trabalho sobre competências gerenciais dos cirurgiões-dentistas na rede municipal de Curitiba, relata a necessidade de desenvolver nesses profissionais a capacidade de utilizar mais as tecnologias leves no processo de trabalho vivo, ainda que os cursos de graduação não preparem os alunos em conhecimentos de administração, recursos humanos e psicologia (SILVA, 2005).

Neste ponto, reforça-se a tradição do atual setor da saúde em trabalhar com a política de atenção e formação de modo fragmentado: saúde coletiva separado da clínica, qualidade da clínica independente da qualidade da gestão, gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância, que, por sua vez, está separada da proteção aos agravos externos, e cada um desses fragmentos divididos em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos do saber especializado. Além disso, existe a natural preferência dos profissionais pela formação hospitalar e especializada, cercada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência individual (BRASIL, 2005) como caracterizado por Silva (2005).

Poderíamos contemporizar a atenção à saúde como práxis, representada pela materialização do produto (o ato da assistência) reflexo da ação do profissional, ao por em prática suas concepções ou filosofias de trabalho em realidade.

O termo *práxis* deriva do grego, prática, mas não se refere tão somente ao ato material de trabalhar um objeto, mas no ato social em si. A práxis pode assumir diversos significados, sendo o mais comum a atividade humana, que produz objetos sem, especificamente, o objeto citado derivar do objeto material da palavra prática (VÁSQUEZ, 1990).

Toda a práxis é atividade, mas nem toda práxis é atividade, pois a atividade como práxis deve ter um fim específico, gerado do pensamento teórico e não uma prática estabelecida e sem consciência (MARX, 1958 apud VÁSQUEZ, 1990).

A filosofia que melhor se ajusta ao estudo da práxis no trabalho certamente é o marxismo, dissociado da restrição do materialismo, da consciência comum e do idealismo alemão, mas uma filosofia ampliada, que transcende a mera atividade da consciência e engloba a atividade do homem social, efetivamente o processo de transmutação do pensamento filosófico à prática real da produção do trabalho (VÁSQUEZ, 1990).

Para Marx, a relação entre a teoria e a prática, na práxis, se resume em: a) Prática: à medida que a teoria, como guia da ação, molda a atividade do homem; b) Teórica: à medida que essa relação é consciente**.**

Sendo o poder de transformar não somente objetos em manufaturas pela ação do homem, a práxis também pode ser identificada neste pressuposto na aplicação da teoria para a prática para solucionar problemas do proletariado, algo real no fim do século XIX, com a luta do operariado diante da exploração do capitalismo burguês (VÁSQUEZ, 1990).

No contexto de transformação da política de atenção básica à saúde, na estratégia de saúde da família, a práxis marxista de transformação pela crítica (VASQUEZ, 1990) ao modelo hegemônico pode ser aplicada, perfeitamente, ao papel transformador e autônomo do profissional da Saúde, comprometido com esses ideais, que molda o modo de fazer saúde (MERHY, 2005), baseando-se no desenvolvimento das competências gerenciais como ferramenta de transformação da prática (BOOG, 2004; RESENDE, 2004).

3.3 Processo de Trabalho Odontológico

A Odontologia não é exceção à regra às demais áreas da Saúde, ainda com agravantes históricos de atuação, excessivamente centrada no cirurgião-dentista, sem um modo de trabalho interdisciplinar ou multiprofissional que desenvolva aderência à equipe básica de saúde.

A publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), em seu manual de Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, propõe adequações no modelo do

processo de trabalho em saúde bucal, que se alinhe com as diretrizes do SUS, como:

> 4.1 Interdisciplinaridade e Multiprofissionalismo: a atuação da equipe da Saúde bucal (ESB) não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico–odontológico. Ademais de suas funções específicas, a equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, atento ao contexto socioeconômico-cultural no qual ele está inserido. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer permanentemente entre todos os profissionais da Saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objeto das suas práticas. A ESB deve ser — e se sentir — parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção.
> 4.2 Integralidade da Atenção: a equipe deve estar capacitada a oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo.
> 4.3 Intersetorialidade: as ações de promoção de saúde são mais efetivas se a escola, o local de trabalho, o comércio, a mídia, a indústria, o governo, as organizações não-governamentais e outras instituições estiverem envolvidas. A intersetorialidade neste sentido implica envolver no planejamento os diferentes setores que influem na saúde humana: entre outros a educação, agricultura, comunicação, tecnologia, esportes, saneamento, trabalho, meio ambiente, cultura e assistência social.
> 4.4 Ampliação e Qualificação da Assistência: organizar o processo de trabalho de forma a garantir procedimentos mais complexos e conclusivos, de forma a resolver a necessidade que motivou a procura da assistência, evitando o agravamento do quadro e futuras perdas dentárias e outras seqüelas. Para isso, os serviços precisam disponibilizar tempo de consulta suficiente e adequado à complexidade do tratamento.
> 4.5 Condições de Trabalho: para assegurar a plena utilização da capacidade instalada da rede de serviços, propõe-se o desenvolvimento de políticas de suprimento de instrumentos e material de consumo e de conservação, manutenção e reposição dos equipamentos odontológicos, de modo a garantir condições adequadas de trabalho. É indispensável, neste aspecto, observar estritamente as normas e padrões estabelecidos pelo sistema nacional de vigilância sanitária.
> 4.6 Parâmetros: os parâmetros para orientar o processo de trabalho devem ser discutidos e pactuados entre as coordenações de saúde bucal (nacional e estaduais, e estaduais e municipais), com o objetivo de garantir a dignidade no trabalho para profissionais e usuários, a qualidade dos serviços prestados e observando as normas de biossegurança (BRASIL, 2004).

O reflexo da necessidade de mudança do paradigma tecnicista para uma visão de atenção, que busca a integralidade no cuidado da população, orienta a mudança de política de saúde do Ministério da Saúde para a atenção básica. Este fato também se reflete na formação de novos profissionais. Observe que o trabalho vivo e o uso de tecnologias leves estão sempre em evidência.

Conseqüentemente, o Conselho Nacional de Educação, através da Câmara de Educação Superior, na resolução CNE/CES 03, de 2002, em seu artigo terceiro, traduz a necessidade institucional de trabalhar melhor os conceitos de tecnologias leves em seus futuros formandos.

> Art. 3º - O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o cirurgião-dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade (CNE/CES 03, 2002).

A Associação de Ensino Odontológico (ABENO), em relatório da 40ª Reunião Anual e 31º Encontro dos Dirigentes de Faculdades de Odontologia, em 2005, reforçou a necessidade de mais integração dos cursos de Odontologia com o SUS, por necessidade de mercado, gerada pela oferta criada pelo Ministério da Saúde, de profissionais capacitados para a Estratégia de Saúde da Família na Equipe da Saúde Bucal, pela exigência do controle social de maior qualificação do setor de saúde pública, e por mais aproximação da Universidade e SUS através dos municípios (ABENO, 2005).

Cabe ressaltar a criação do Pró-Saúde, em 2005, institucionalizando o apoio do Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde à necessidade de mais atenção na formação dos futuros profissionais médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros, voltados para os princípios do SUS e para a atenção básica (BRASIL, 2005).

E, mais recentemente, o Pacto pela Saúde 2006, com proposições para acelerar o processo de transformação do modelo de atenção à saúde atual (BRASIL, 2006).

Contudo, a realidade das ações da Odontologia ainda reflete seu histórico reducionista e biomédico, centrado em tecnologias duras ou leve-duras (MACIEL-LIMA, 2004; MERHY, 2005).

Em Itajaí, a dinâmica preconizada para o atendimento clínico na atenção primária dos cirurgiões-dentistas nas unidades de saúde da cidade, corresponde a oito pacientes agendados e duas emergências por turnos de trabalho de três horas por dia. Para procedimentos de alta complexidade, em nível de especialidade odontológica, observa-se o protocolo de encaminhamento para as clínicas do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), ou exames complementares na Clínica de Radiologia da Universidade do Vale do Itajaí (Univali).

As atividades de promoção e prevenção podem ser realizadas na Unidade de Saúde e/ou na comunidade (escolas ou creches), desde que não afetem o atendimento da comunidade na Unidade de Saúde.

O agendamento deverá ser semanal, com retorno para quatro pacientes em tratamento e quatro outras vagas livres para a semana seguinte. Pacientes com necessidades especiais deverão ter prioridade.

O protocolo de assistência entre os diversos níveis de complexidade de assistência à saúde está em constante construção pela Coordenação de Odontologia da Secretaria de Saúde de Itajaí.

3.4 Competências Gerenciais do Cirurgião-Dentista

O conceito de competência não é novo. Remonta há alguns séculos, desde a época de aprendizes de artesãos na Idade Média (LAZAROTTO, 2001).

A importância deste conceito nas relações empresariais surgiu, inicialmente, nas sociedades industrializadas, que começavam a experimentar o fenômeno da competitividade global, forçando a produzir produtos pela lógica do mercado, onde alta qualidade e baixo custo dos bens industriais preponderavam e geravam mais lucratividade e renda às indústrias e países de origem, gerando crescimento sustentado (RESENDE, 2004).

Ainda, em fins da década de 60, nos Estados Unidos, a contratação de profissionais nos quadros de gerência em empresas baseava-se em exames de QI. David McClelland, psicólogo americano, percebeu que tais testes, além de não serem efetivos, criavam obstáculos à admissão de profissionais valiosos por

possuírem tendência preconceituosa a de minorias econômicas, raciais, religiosas, portanto, sujeitas ao favorecimento de estereótipos do avaliador (RESENDE, 2003).

Em seu trabalho *Testing for Competence Rhater than Intelligence*, propõe estudar um novo conceito para competência e, através deste, criar mecanismos para avaliar melhor os profissionais a serem admitidos pelas empresas (RESENDE, 2003).

Segundo Resende (2003), definir competência requer uma contextualização do que se quer qualificar. É possível usar competência como representação para incumbência, idoneidade, suficiência. Ainda que também possa, de maneira mais freqüente, ser usada de maneira negativa, tratando indivíduos como incompetentes.

A competição acirrada em nível institucional entre as empresas por mercado também ampliou a exigência de qualificação e capacitação dos profissionais de qualquer área, além da necessidade de mais competência em cada área de atuação.

O motivo da competência revela, em adultos, o desejo de domínio sobre o serviço e busca pelo desenvolvimento profissional, quer seja requerido por demanda pessoal ou por pressão do processo de trabalho em que está inserido. Competência pode ser caracterizada como a transformação de conhecimentos, aptidões, habilidades, interesse e vontade em resultados práticos (RESENDE, 2003).

Ter conhecimento e experiência e não saber aplicá-los em favor de um objetivo, de uma necessidade, de um compromisso significa não ser competente, no sentido aqui destacado (RESENDE, 2003).

Boog compara competência com o ato de competir, sendo essa a qualidade de quem é capaz de apreciar e resolver certo assunto, fazer determinada coisa; significa capacidade, habilidade, aptidão e idoneidade (BOOG, 2004).

Cruz (2005) e Silva (2005), em suas dissertações, ao tratar de competências na Odontologia, usam as dimensões descritas por Resende (2003) e Boog (2004), como conhecimentos, habilidades e atitudes.

Conhecimento, culturalmente, é a mais valorizada dimensão formadora de competências. Possibilita mais potencial de realização, mais possibilidades de aplicação nas mais diversas situações, e é facilmente aperfeiçoado (RESENDE, 2003).

Habilidades estão relacionadas com a maneira de executar tarefas, aplicar conhecimentos, agir, pensar, sendo passível de ser treinada ou aperfeiçoada (RESENDE, 2003).

Atitudes estão relacionadas com as ações que o profissional realiza decorrentes de seu aprendizado com experiências assimiladas em sua vida profissional (RESENDE, 2003).

A inexistência de citações textuais pelo Ministério da Saúde, Conselho Federal de Odontologia, Secretaria Municipal de Saúde ou Conselhos Nacionais de Saúde e Educação sobre competência gerencial do cirurgião-dentista não significa que não exista matéria descrita sobre tal dispositivo. No Pacto pela Saúde, 2006, (Portaria/GM nº399, de 22 de fevereiro de 2006), o termo “atribuições” foi substituído por “competências” na descrição do papel a ser desenvolvido pelos profissionais da Saúde na Atenção Básica, segundo Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2006d).

Resende (2004) propõe a classificação das competências em:

- Competências Pessoais: é o conjunto das aptidões, habilidades, comportamentos manifestos, domínio e aplicação de conhecimentos do indivíduo;
- Competências Gerenciais: Resende coloca esta como a mais importante, pois trabalha com conceitos de liderança, administração, decisão, coordenação, etc. E, por este simples fato, a que mais potencializa bons resultados para empresas;
- Competências Organizacionais: também de grande importância, pois, a partir destas, que é que planos e estratégias são aplicados;
- Competências Essenciais e Estratégicas: constitui uma categoria de competências de um amálgama de competências pessoais, organizacionais e gerenciais, na qual as empresas colocam toda sua atenção.

Partindo do objeto desta pesquisa, competências gerenciais, Boog (2004) cita as características importantes de um bom gerente:

- Não ser um especialista estreito;

- Larga visão de negócios (estratégico);
- Negociar com habilidade;
- Gerenciar fatores e pessoas sobre as quais não tem controle, ou tem de forma parcial;
- Conviver com o novo e o inesperado, onde predominam a ambigüidade e a complexidade;
- Trabalhar com equipes com formações e conhecimentos diferentes;
- Trabalhar muito, continuamente;
- Habilidade em assuntos de relações entre pessoas.

Silva (2005) e Cruz (2005), ao tratarem das competências do cirurgião-dentista, afirmam que estas são extremamente essenciais no processo de trabalho na atenção primária no SUS.

Silva (2005) reforça que a competência mais importante no desenvolvimento das atividades do cirurgião-dentista no SUS são as competências gerenciais.

Sistematicamente, a competência gerencial está ligada a assuntos de caráter técnico ou da área de atuação da empresa ou profissão, mas no cotidiano, no desenvolvimento da práxis, transcendem através de conhecimentos, atitudes e habilidades do indivíduo descrito por Resende (2004).

Competência gerencial pode ser descrita como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que os gerentes desenvolvem para assegurar a continuidade de bens e serviços que atendam às necessidades e encantem seus clientes e usuários (BOOG, 2004).

Foram nessas concepções de competências gerenciais, no modo de produção de riquezas, que estão alicerçados os fundamentos teóricos deste trabalho.

As demandas crescentes no processo de trabalho, no cotidiano de uma Unidade de Saúde, requisitam crescente capacidade de gerenciamento de recursos materiais e humanos de todos os profissionais da equipe da Saúde.

Portanto, o cirurgião-dentista, inserido no SUS, necessita manter critérios de qualidade e eficiência nos serviços prestados, alto grau de resposta às crises administrativas e comprometimento com o modelo de atenção à saúde proposto.

Se realmente deseja ser fiel à Estratégia de Saúde da Família, Programa Brasil Sorridente e Equipe da Saúde à qual faz parte, o cirurgião-dentista deverá, segundo o pensamento de Resende (2004), Boog (2004) e Campos (2006), ter espaço de manobra dentro do SUS para assumir decisões e implementá-las na mesma medida que suas responsabilidades.

Inicialmente, o exercício das atividades profissionais privativas do cirurgião-dentista segue a observância do disposto nas Leis 4.324 (1961) e 5.081 (1966), no Decreto nº. 68.704 (1971), e demais normas expedidas pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO).

De acordo com a Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos Regionais de Odontologia, aprovada pela Resolução CFO-63 (2005), compete ao cirurgião-dentista, diretamente, sua atuação técnica como profissional de saúde; utilizando-se o conceito de competência relativa apenas aos limites da atuação do cirurgião-dentista, enfatizando-se a função primária do Conselho Federal de Odontologia, que é de fiscalizar o setor de trabalho destes profissionais.

O Município de Itajaí possui, na rede municipal de saúde, protocolos municipais de política em saúde bucal, centrados na referência e contra-referência entre os serviços odontológicos de atenção primária, atenção secundária e terciária. Contudo, o estudo e determinação das competências gerenciais do cirurgião-dentista na atenção primária, em Itajaí, ainda não foi oficialmente descrito, constando apenas a sedimentação de micropolíticas locais em cada Unidade de Saúde do município, no que tange à seu modo de trabalho e gerenciamento local de serviços à saúde (informação verbal[1]).

Tomando a estratégia de saúde da família, presente na atenção básica, identificam-se competências comuns a todos os profissionais da Equipe da Saúde da Família, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006 d).

No que se refere às competências do cirurgião-dentista na equipe da Saúde bucal, ligada à equipe matricial da estratégia de saúde da família, a Portaria nº.648 (BRASIL, 2006b, p. 34) e o Caderno de Atenção Básica/Saúde Bucal (BRASIL, 2006) determina:

> I - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

> II - Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
> III - Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;
> IV - Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;
> V - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
> VI - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe da Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.
> VII - Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;
> VIII - Realizar supervisão técnica do THD e ACD; e
> IX - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006).

Utilizaremos as atribuições gerais e específicas que constam na Portaria nº.648 (BRASIL, 2006b), como principal parâmetro para o desenvolvimento das atividades deste trabalho.

As competências estruturadas em conhecimento, habilidades e atitudes, propostos por Resende (2004) e Boog (2004), utilizado por Silva (2005), foram categorizadas, adaptando-se ao instrumento utilizado por Benito (2006) na análise das competências dos enfermeiros na atenção básica, mas com ênfase no desenvolvimento das competências gerenciais.

Esta adaptação só é possível devido à estreita relação que o Ministério da Saúde identifica como competências de todos os profissionais da Saúde na Estratégia de Saúde da Família (médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiras), no modelo preconizado para a atenção primária.

Portanto, baseado nos pressupostos acima descritos neste capítulo, compreende-se que as competências gerenciais desenvolvidas pelo cirurgião-dentista na atenção primária perpassam todos os fluxos e processos de trabalho no SUS, comunicam-se e relacionam-se através destas dimensões, estabelecendo uma relação concêntrica contínua, como se vê na representação do marco teórico a seguir.

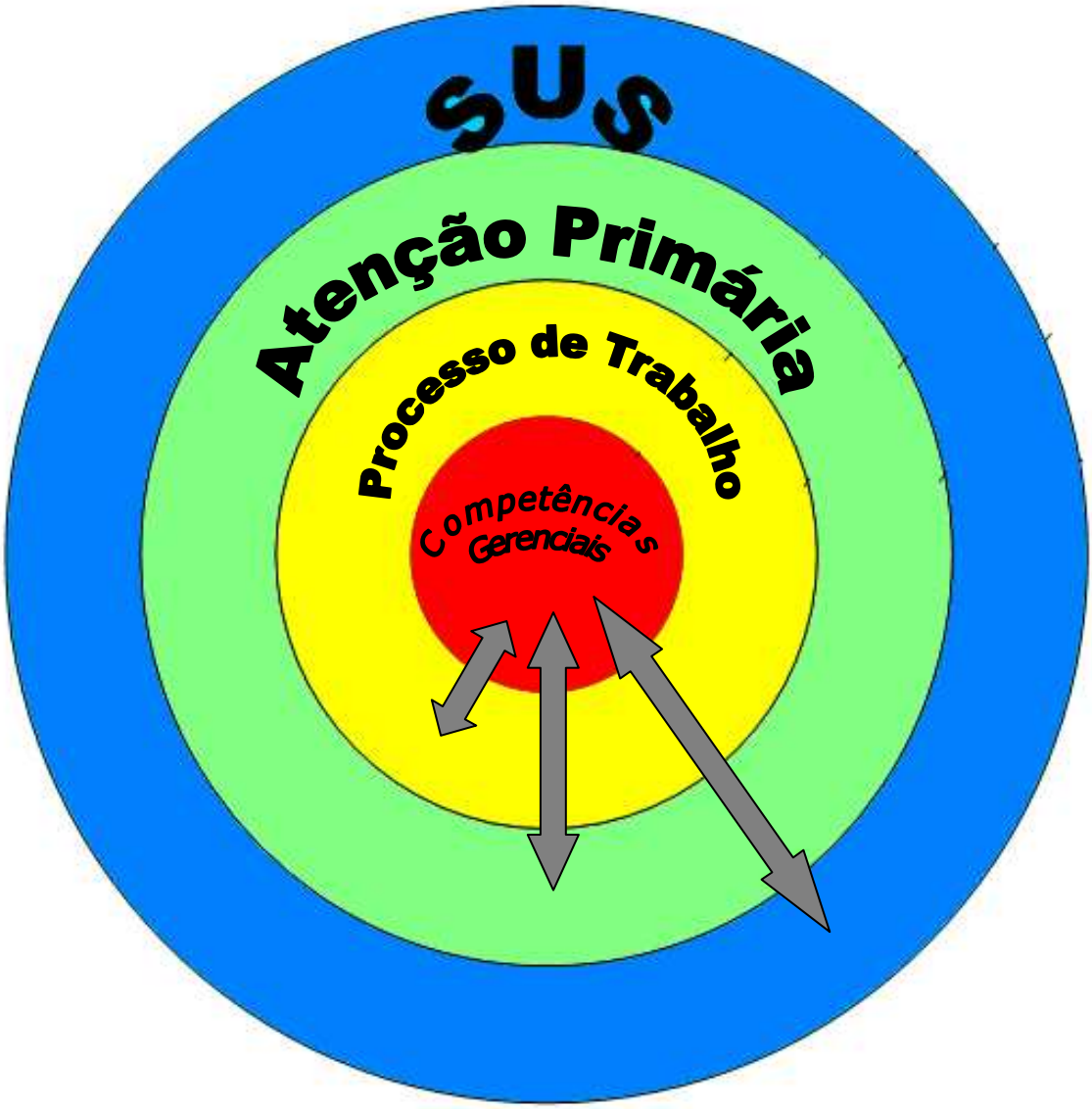

Figura 1: Representação Gráfica do Marco Teórico
Fonte: O autor.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa tem caráter descritivo e exploratório (RICHARDSON, 1999), com abordagem qualitativa (MARTINS, 2006), e utilizou o referencial teórico sobre as competências gerenciais do cirurgião-dentista, e a sua práxis na atenção primária como eixo do estudo.

A pesquisa descritiva em Ciências Sociais refere-se ao estudo que objetiva a descrição de características de um fenômeno social. Podemos também inferir a função exploratória a determinado fenômeno do qual não se tenha conhecimento prévio e que se deseja conhecer (RICHARDSON, 1999).

Martins (2006) caracteriza a pesquisa qualitativa por sua descrição, compreensão e interpretação de fatos e fenômenos, em contrapartida à avaliação quantitativa, denominada pesquisa quantitativa, onde predominam mensurações. Ainda afirma que avaliações quantitativas são mais adequadas ao processo de testar teorias, enquanto as avaliações qualitativas são aplicáveis em situações onde se deseja construir teorias, assim como nesta investigação. Neste sentido, qualquer pesquisa social não pode ser realizada somente através do método quantitativo (RICHARDSON, 1999).

Mercado (2004) descreve a importância do estudo qualitativo dos serviços de saúde, ao refletir sobre a multiplicidade e facetas a serem descritas sobre os processos em saúde, além de uma possibilidade de mesclar a análise qualitativa e a quantitativa simultaneamente, mas recomendando extremo cuidado, pois o pesquisador corre o risco de comprometer a pesquisa.

O setor de saúde e de serviços é um dos espaços sociais onde a opinião de especialistas e profissionais continua sendo decisiva no planejamento, organização e avaliação dos serviços, pressupondo a existência de diversos pontos de vista e também a inexistência de verdades únicas, universais e eternas (MERCADO *et all*, 2004).

Diferentemente de um objeto moldado por um artesão, o usuário do SUS possui características subjetivas e compreensão do ato efetuado pelo cirurgião-dentista, que gera uma expectativa e mais complexidade que o simples transformar de um objeto, como descrito por Leopardi (1998) sobre o processo de trabalho dos profissionais da Saúde. Esta relação social no processo de trabalho, e como o

profissional desenvolve suas competências gerenciais será o eixo norteador da pesquisa, sob o recorte das competências gerenciais da atenção primária.

As pesquisas qualitativas de campo utilizam, particularmente, as técnicas de observação e entrevistas devido à capacidade de penetração destes métodos em problemas complexos (RICHARDSON, 1999), como neste trabalho, que se propõe a estudar as competências gerenciais do cirurgião-dentista na atenção básica.

Finalmente, a pesquisa qualitativa aplicada aos serviços de saúde pode ser também um poderoso instrumento de gestão na avaliação ou tomada de decisão de gestores ou técnicos envolvidos com serviços de saúde, que precisam incorporar esta ferramenta no processo de trabalho (TANAKA *et al,* 2004)

Como instrumentos de coleta de dados, optou-se por entrevista semi-estruturada, seguida por observação sistematizada, correspondendo ao binômio teoria (entrevista)/prática(observação) da concepção de práxis.

Partindo de uma categorização de competências, desenvolvidas por profissionais da Saúde (BENITO, 2005) e validadas para o desenvolvimento de tais competências pelo cirurgião-dentista, realizou-se a análise do material coletado, segundo estas categorias, e uma descrição sistematizada do conteúdo, que permite a inferência e análise do conteúdo (BARDIN, 1979 *apud*, MINAYO, 1993).

Com estes parâmetros em mente, segue-se um percurso metodológico composto de várias etapas:

4.1 Primeira Etapa: Fase Exploratória

A contextualização teórica e a construção de instrumentos foram realizadas com base nas competências gerais do cirurgião-dentista (SILVA, 2005; CRUZ, 2005; BENITO, 2006; BRASIL, 2006), o que possibilitou planejar e realizar a entrevista semi-estruturada, a observação sistematizada e a análise dos dados.

Para a categorização das competências do cirurgião-dentista, aplicou-se o instrumento utilizado pela professora doutora Gladys Amélia Vélez Benito, adaptado para este trabalho pelo pesquisador, e validado por especialistas acadêmicos com experiência em serviço público.

4.2 Segunda Etapa: Validação e Rigor dos Instrumentos de Pesquisa

Os instrumentos desta pesquisa foram construídos e validados por especialistas e aplicados na coleta dos dados e análise dos resultados, após a devida padronização da aplicação deste trabalho, com a finalidade de manter a fidelidade e o rigor científico.

Os instrumentos utilizados foram:

- Termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1);
- Roteiro para entrevista semi-estruturada (Apêndice 2);
- Guia de observação sistemática (Apêndice 3);
- Categorização das competências gerenciais dos cirurgiões-dentistas, com base no modelo desenvolvido pela Professora Doutora Gladys Amélia Vélez Benito e adaptado para este trabalho (Apêndice 4);
- Análise do conteúdo das entrevistas e observações realizadas, categorizadas nas dimensões requeridas para o desenvolvimento das competências gerenciais (conhecimento, habilidade e atitude).

Após a validação pelos especialistas, professor doutor Abelardo Nunes Lunardelli e professora doutora Sandra Espíndola Lunardelli, optou-se pela execução de uma entrevista e pela observação-piloto para verificar a dinâmica de aplicação da entrevista semi-estruturada.

Após esta observação-piloto, realizada com um cirurgião-dentista da Secretaria de Saúde de Itajaí, verificou-se os itens de confiabilidade deste estudo, tais como (RICHARDSON, 1999):

- Familiarização com o local da pesquisa;
- Relações sociais com os entrevistados;
- Dinâmica da coleta de informações;
- Análise das informações, através da categorização das competências gerenciais (Apêndice 4).

A identidade e respectiva Unidade de Saúde dos sujeitos do estudo são do conhecimento apenas do pesquisador. Nenhum dado desta pesquisa favorecerá a sua identificação. Para isto, foram-lhes atribuídos codinomes e omitidos os nomes das Unidades de Saúde, universidades e outras instituições envolvidas.

O início da coleta de dados ocorreu após a qualificação do projeto de dissertação, aprovação pelo Conselho de Ética da Univali e da realização do estudo-piloto.

4.3 Terceira Etapa: Entrevista

A caracterização da amostra: A amostra para a entrevista semi-estruturada foi do tipo intencional e procurou incluir um cirurgião-dentista de cada Unidade de Saúde do município, estabelecendo paridade entre os profissionais com mais e com menos de dez anos de atividade na saúde pública no município, segundo dados da Secretaria de Saúde de Itajaí.

A divisão da composição da amostra em dois grupos etários objetivou mais homogeneidade no grupo e uma possível diminuição da influência do viés entre profissionais antigos e novos, pois, no desenvolvimento das dimensões conhecimentos, habilidades e atitudes, poderiam se obter diferenças, como sugeriram Resende (2004) e Boog (2004) a respeito da maior desenvoltura de profissionais mais antigos em seu trabalho, ou mesmo a criação de hábitos deletérios do indivíduo, em resposta a longos períodos de tempo em um mesmo modo de produção.

O Município de Itajaí, Santa Catarina, possui 22 Unidades de Saúde com consultório odontológico e o odontomóvel, onde são realizadas ações de atenção primária à saúde no município.

A amostra foi obtida, inicialmente, a partir de um grupo de 22 cirurgiões-dentistas dedicados à atenção primária, ou quando houvesse saturação da amostra, ou seja, se houvesse repetição de dados obtidos, o que realmente ocorreu, pois, após entrevistar quinze profissionais, identificou-se uma repetição no conteúdo das respostas.

A paridade alcançada na amostra para a entrevista foi de oito cirurgiões–dentistas com mais de dez anos de serviço, e sete cirurgiões-dentistas com menos de dez anos de serviço na atenção primária.

Quadro 1 - Cirurgiões-dentistas Participantes das Entrevistas Semi-estruturadas

CIRURGIÕES-DENTISTAS COM MAIS DE DEZ ANOS DE SERVIÇO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	CIRURGIÕES-DENTISTAS COM MENOS DE DEZ ANOS DE SERVIÇO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
ALFA	FOXTROT
BRAVO	GOLF
CHARLIE	INDIA
DELTA	JULIET
ECHO	LIMA
HOTEL	MIKE
KILO	NOVEMBER
OSCAR	

Na observação, foram registrados três profissionais com mais de dez anos e dois com menos de dez anos de serviço na atenção primária.

Quadro 2 - Cirurgiões-dentistas Participantes das Observações Sistematizadas

CIRURGIÕES-DENTISTAS COM MAIS DE DEZ ANOS DE SERVIÇO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	CIRURGIÕES-DENTISTAS COM MENOS DE DEZ ANOS DE SERVIÇO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
DELTA	FOXTROT
ECHO	JULIET
HOTEL	

A entrevista: Segundo Richardson (1999, p. 189), os questionários cumprem pelo menos duas funções: descrever características e medir determinadas variáveis de um grupo social.

Optou-se por utilizar uma entrevista semi-estruturada para oferecer mais liberdade de desenvolvimento do tema pelo entrevistado, mas sem perder o foco do assunto a ser discutido, além de valorizar momentos de mais interação entre o profissional e o pesquisador.

A entrevista semi-estruturada, em geral, é feita verbalmente ou por escrito, mas, tradicionalmente, inclui a presença ou interação do pesquisador com os atores

sociais e complementados com uma observação do participante (MINAYO, 1993, P. 121).

A estruturação do roteiro da entrevista (Apêndice 2) foi baseada na revisão das hipóteses a serem analisadas e o *corpus* da pesquisa serviu de guia para o desenvolvimento da entrevista pelo pesquisador.

A entrevista semi-estruturada serviu para se analisar as percepções dos cirurgiões-dentistas sobre o processo de trabalho e competências gerenciais na atenção primária.

Segundo Minayo (1993, p. 103), o processo de investigação prevê idas ao campo antes do trabalho mais intensivo, o que permite o fluir da rede de relações e possíveis correções iniciais dos instrumentos de coleta de dados.

Os pré-requisitos para a entrada em campo, antes de se realizar a coleta dos dados, foi facilitada, pois o pesquisador trabalha na Secretaria Municipal de Saúde há nove anos e faz parte da rotina de todos os cirurgiões-dentistas como colega de trabalho, bem como conhece todas as Unidades de Saúde visitadas no decorrer de sua carreira na rede municipal de saúde pública.

Após a devida explicação aos sujeitos da amostra sobre o estudo e obtenção dos termos de consentimento livre e esclarecido, respeitando o sigilo da identidade dos cirurgiões-dentistas (Apêndice 1), foi aplicado o questionário semi-estruturado, por meio de uma entrevista gravada em arquivo virtual em formato MP3. As respostas serviram como ferramenta para a obtenção das percepções (filosofia teórica) dos sujeitos sobre as competências gerenciais do cirurgião-dentista na atenção primária (Apêndice 2).

Após cada entrevista, o pesquisador procurou transcrever e digitalizar as entrevistas em formato de arquivo Txt.

A estrutura do questionário teve a finalidade de se obter o máximo de informações espontâneas dos profissionais, sendo permitido espaços para interlocução entre entrevistado e entrevistador, expediente que foi utilizado com parcimônia, para permitir que o entrevistado desenvolvesse seu discurso livremente, limitando a possibilidade de direcionamento do conteúdo desenvolvido pelo pesquisador.

O enterevistador foi fiel ao questionário proposto e manteve sempre um roteiro com elementos pertinentes ao modo de trabalho dos cirurgiões-dentistas, relacionado às competências gerenciais na rede municipal de saúde.

Três cirurgiões-dentistas não quiseram fazer parte do trabalho, e apenas um explicou o motivo:

> *"Receio comentar algo sobre o trabalho que pudesse ser usado pela prefeitura ou mesmo represálias da mesma"* (OSCAR).

Apesar de confirmar o anonimato, estes declinaram do pedido para fazer parte do estudo.

A média de tempo usado para as entrevistas foi de vinte minutos, sendo que o entrevistador procurou sempre fazer as entrevistas no local de trabalho do profissional, apesar de dois cirurgiões-dentistas pediram para realizá-la em seus consultórios particulares para assegurar sigilo, mas depois consentiram em fazê-la na Unidade de Saúde.

Dos quinze entrevistados, oito demonstraram certo desconforto com algumas perguntas, respondendo com excessiva brevidade, ou com certa ironia. Todos perguntaram, em mais de uma ocasião, se suas identidades seriam preservadas, ao que novamente foi respondido positivamente, como no início da entrevista.

Em algumas Unidades de Saúde, o profissional não pôde receber o entrevistador, no dia marcado, sendo agendada nova data para a entrevista.

4.4 Quarta Etapa: Observação Sistematizada

A caracterização da amostra: originalmente, a amostragem para a observação sistematizada consistia no mesmo grupo da entrevista semi-estruturada, mas devido à saturação dos resultados obtidos com os primeiros cinco entrevistados, e ao elevado número de dados coletados, optou-se por encerrar o grupo com cinco cirurgiões-dentistas da rede municipal de saúde de Itajaí.

Todos os cirurgiões-dentistas participaram da etapa de observação sistematizada.

A observação: a observação é importante para se obter mais rigor científico, ainda mais se somada à outra técnica de coleta de dados, torna-se uma técnica científica, à medida que serve a um propósito claro, planejado, sistemático e objetivo (RICHARDSON, 1999, p.259).

A escolha pela observação sistemática se deve à multiplicidade dos tipos de competência existentes no processo de trabalho e, como recomenda Richardson (1999, 261), a observação sistemática somente pode ser realizada quando se tem algum conhecimento do problema já analisado através do referencial teórico, com categorias pré-estabelecidas e base nestes problemas.

Os cirurgiões-dentistas da amostra de observação sistematizada, foram pesquisados no período de uma semana, em sua jornada diária de trabalho, que corresponde a três horas diárias de atividades na Unidade de Saúde ou na comunidade, perfazendo quinze horas semanais ao todo.

A observação iniciou a partir do dia em que responderam ao pesquisador o questionário semi-estruturado e concederam autorização para o prosseguimento da fase de observação.

Durante os dias de coleta de dados, foram registradas, no Guia de Observação (Apêndice 3), todas as atividades ligadas às competências gerenciais desenvolvidas pelo profissional, de forma sistematizada. A coleta de dados foi encerrada após o período citado, ou quando ocorreu a saturação de informações, porque as atividades se repetiam continuamente, o que realmente aconteceu em todos os casos, após três ou quatro dias de observação.

Por diversas vezes, ocorreram momentos de dúvida quanto a determinado procedimento realizado pelo profissional, mas este, ciente de nossa presença, espontaneamente, explicava cada decisão que tomava, quando esta diferia dos protocolos da Secretaria Municipal de Saúde.

Os registros do guia de observação de cada profissional foram transcritos e corrigidos em suas categorias e subcategorias, de acordo com o sentido das competências desenvolvidas (conhecimento, habilidades e atitudes), sem perder ou mudar o sentido dos acontecimentos observados no mesmo dia.

Optou-se por realizar apontamentos durante os procedimentos clínicos, evitando o registro de falas com uso do aparelho MP3 para não atrapalhar o atendimento ou ação de promoção e prevenção em saúde, e criar constrangimentos aos pacientes ou à comunidade assistida.

Todos os usuários assistidos pelo profissional foram comunicados da presença de entrevistador e autorizaram sua permanência na sala, salvo algumas exceções, precisou se retirar do ambiente de trabalho.

Ao final do dia, todos os apontamentos foram lidos e novamente transcritos para o formato digital, em arquivo Txt.

4.5 Quinta Etapa: Categorização

A categorização das competências foi realizada através do instrumento desenvolvido por BENITO (2006), adaptado para as competências gerenciais do cirurgião-dentista (Apêndice 4) e validada para esta pesquisa por peritos.

O instrumento tem com base os seguintes pressupostos para os conhecimentos, habilidades e atitudes desenvolvidas (BENITO, 2006):

> CONHECIMENTOS: entendidos como o conjunto de conteúdos, predominantemente adquiridos através de exposição, leitura e re-elaboração crítica, que conferem ao profissional o domínio cognitivo de um saber e a capacidade de tomar decisões e resolver problemas em sua área de atuação.
>
> HABILIDADES: entendidas como o conjunto de práticas, predominantemente adquiridas através de demonstração, repetição e re-elaboração crítica, que conferem ao profissional o domínio psicomotor, a perícia de um saber-fazer e a capacidade de tomar decisões e resolver problemas em sua área de atuação.
>
> ATITUDES: entendidas como o conjunto de comportamentos, predominantemente adquiridos através de observação, introjeção, re-elaboração crítica, que conferem ao profissional o domínio ético e afetivo de um saber-ser, saber conviver, e a capacidade de tomar decisões e resolver problemas em sua área de atuação (BENITO, 2006).

Para esta pesquisa, foram selecionados conhecimentos relacionados aos Recursos Humanos, aos Recursos Físicos e Materiais, à Epidemiologia, às Políticas de Saúde, ao Planejamento Local em Saúde e à Gestão do Trabalho. Para as habilidades, foram relacionadas aos Recursos Humanos, à Epidemiologia, Planejamento Local e Gestão do Trabalho; e para as atitudes, foram relacionadas aos Recursos Humanos, à Ética Profissional, e à Gestão do Trabalho (BENITO, 2006).

Para melhor visualização da totalidade dos dados brutos, foram atribuídas cores representativas para cada elemento constituinte das competências gerenciais estudadas. Azul, para conhecimento; verde, para habilidade; e laranja, para atitudes. Os entrevistados foram identificados por um código de palavras escolhidas ao acaso, por exemplo:

Resposta do profissional Golf, antes de reduzirmos às unidades de registro:

"A característica da nossa profissão no serviço público é a curativa e acabamos profissionais caros para exercer a atividade educativa e prevenção e o nosso maior parte do trabalho ficamos na assistência curativa devido à demanda, que nem sempre dá continuidade com o trabalho e o que reflete as características culturais, caso tentemos trabalhar em sintonia com a comunidade, até porque não se dá a mesma atenção, pois não se morre por dor de dente, mas temos que repensar a nossa prática para que possamos minorar o sofrimento da comunidade sem prescindir da prevenção e educação, e nós como detentores do conhecimento temos que espalhar o conhecimento e trazer a população para que nós possamos ajudá-los" (GOLF).

A categorização foi precedida de leitura exaustiva de todo o conteúdo colhido, fracionada em suas dimensões de conhecimento, habilidades e atitudes, por questões da entrevista e pelo conteúdo geral das entrevistas e observações.

Conseqüentemente, obteve-se a imersão no conteúdo e a constituição do *corpus* de leitura (MINAYO, 1993), o que possibilitou a categorização do sentido das competências gerenciais.

Os recortes no conteúdo, representando conhecimentos, habilidades e atitudes, foram denominados de unidades de registro. Estas serão as unidades fundamentais na representação das subcategorias.

Quadro 3 - Categoria, Subcategoria e Unidades de Registro das Entrevistas Codificadas

CATEGORIA HABILIDADE
A - SUBCATEGORIA - PLANEJAMENTO DAS AÇÕES
1 - Saber identificar Problemas, Necessidades, Nós Críticos ... Não temos uma auxiliar de consultório somente para nós, se tivéssemos seríamos mais produtivos... ...Pois aqui é um "posto de doença"... ...Os pacientes, eles não entendem o que fazemos aqui... ...Mesmo próximo ao salão paroquial, à escola, mas não dá, trabalhamos mais doença que saúde, é o complicador em serviço público... ...Mas bem menos que aqui na unidade, na sala de espera não temos condição pois temos muitas atividades curativas, apesar de fazermos muita educação.... ...Assistenciais e curativos. Gerenciais e pesquisa... nada...

...Nada organizado por falta de tempo e depende daquele que tem olho clínico para pesquisa pois quem não tem não é incentivado....

...Pesquisa... Nunca, não dá tempo para fazer essas coisas...

...Pois o foco deveria ser educacional, mas foge ao meu comando e ao meu universo e o sistema que deveria saber o que é melhor, manda fazer mais assistencial...

...Pratico mais a assistencial. Hoje em dia não consigo fazer mais que isso...

Portanto, as unidades de registro categorizadas puderam ser analisadas transversalmente, formando um novo *corpus* de leitura para a realização da análise de conteúdo.

A análise de conteúdo é uma das formas mais comuns para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa e, segundo Bardin (1993),

> É um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, apud MINAYO, 1993, p.190).
> .

Para se certificar do rigor e da padronização do processo de categorização dos dados coletados, a categorização de todo o conteúdo foi realizada três vezes, em dias distintos. Posteriormente, foram conferidas as diferentes versões, e corrigidas as discrepâncias observadas, obtendo-se um único padrão nas categorias, novamente por leitura e categorização exaustiva, eliminando possíveis erros na organização das categorias e subcategorias.

Este processo durou cinco dias, para se estabelecer o máximo de rigor e especificidade nas categorias e subcategorias.

4.6 Sexta Etapa: Análise das Subcategorias

Inicialmente, todo o conteúdo coletado foi lido, seguindo leitura flutuante de Minayo (1993), e organizado em categorias e subcategorias de modo a construir um *corpus* sobre as competências gerenciais desenvolvidas pelo grupo através da análise transversal de dados.

Posteriormente, foi realizada uma análise comparativa das subcategorias, a partir das unidades de registro das observações e das respostas das entrevistas, confrontando com o referencial teórico para a categorização e análise das competências gerenciais desenvolvidas, criando, dessa maneira, hipóteses através da classificação e agregação dos dados (MINAYO, 1993).

A leitura exaustiva das unidades de registro categorizadas possibilitou a descrição dos fenômenos sociais envolvidos, e obteve-se a significação da práxis odontológica na atenção primária, e os elementos conhecimentos, habilidades e atitudes, descritos por (RESENDE, 2004; BOOG,2004; SILVA, 2005) constituintes do processo social, foram compostos pelo desenvolvimento das competências gerenciais pelos cirurgiões-dentistas na atenção primária em Itajaí.

4.7 Sétima Etapa: Retorno dos Resultados ao Serviço

Todos os resultados e análises retornarão aos sujeitos desta pesquisa em forma de contribuição para novos instrumentos de Educação Permanente, com objetivo de reorientar a prática cotidiana, segundo o Pacto pela Saúde 2006.

O projeto desta dissertação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Univali, sob cadastro nº440/06 (Anexo 1). Aprovado também pela Comissão Nacional de Ética, e em rigoroso acordo com a Coordenação de Odontologia, Departamento de Assistência Integral à Saúde e Secretaria de Saúde do Município de Itajaí.

Este trabalho está vinculado ao Projeto PROJ_003_911623-2004, financiado pela FAPESC, coordenado pela professora doutora Gladys Amélia Vélez Benito, intitulado: Modelagem dos Processos das Competências dos Profissionais da Saúde para a Consolidação do SUS/Programa/Estratégia de Saúde da Família. Também está vinculado ao Projeto do CNPq, Avaliação do Processo de Trabalho dos Profissionais da Equipe Saúde da Família, Edital: MCT- CNPq/ MS-SCTIE- DECIT – Nº 23/2006.

Esta pesquisa está ao abrigo do Grupo de Pesquisa em Educação na Saúde e Gestão do Trabalho do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, seguindo a linha de pesquisa deste mesmo grupo intitulada: Gestão de Pessoas e Serviços de Saúde.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta de dados foi realizada no município de Itajaí, após a qualificação e realização de um estudo piloto.

Seguindo a linha dos objetivos, foi realizada a descrição das competências gerenciais na sua concepção e prática e, posteriormente, descrita a análise destas competências no processo de trabalho, como desenvolvimento da práxis e suas repercussões no cotidiano dos cirurgiões-dentistas.

Durante as entrevistas e nas observações sistematizadas, ficou evidente a observância dos protocolos e programas dirigidos pela Coordenação de Odontologia da Secretaria de Saúde de Itajaí.

Cada Unidade Básica de Saúde dispõe de um, dois ou até três cirurgiões-dentistas, trabalhando em turnos distintos (matutino, vespertino e/ou noturno), dependendo da necessidade do serviço, definidos pela Coordenação de Odontologia.

Não obstante, os profissionais também desenvolveram funções gerenciais em suas Unidades de Saúde, adequando os protocolos à realidade local de sua comunidade, efetivamente, tornando-se um gestor em sua localidade.

Utilizando terminologia desenvolvida por Merhy (2006), denominaremos de gestor, o governo; o profissional, de gestor institucional governamental; e, por extensão, o gestor local, identificado pelo profissional (cirurgião-dentista) que desenvolve suas competências gerenciais localmente, na atenção primária.

5.1 Caracterização dos Cirurgiões-Dentistas

Todos os cirurgiões-dentistas pertencentes ao grupo de estudo apresentaram em seus currículos diversas modalidades de cursos de pós-graduação em saúde pública ou participação em programas de Educação Permanente promovidos pela Secretaria de Saúde de Itajaí, além de cursos de especialidades em outras áreas na Odontologia, não, necessariamente, associados à saúde pública.

Convém reafirmar que a jornada oficial (segundo a Secretaria de Saúde de Itajaí) dos cirurgiões-dentistas deste estudo corresponde a quinze horas semanais,

atendendo a uma demanda fixa, de quarenta pacientes agendados e dez pacientes eventuais em emergências, por semana.

A dificuldade de interagir com eles no seu local de trabalho se deve à demanda de pacientes, associada à jornada de trabalho de três horas por dia. Isso foi um dos pontos observado nas entrevistas.

Contudo, tal vínculo de três horas diárias permite ao profissional ter mais de um vínculo trabalhista. Todos os sujeitos da pesquisa trabalham em consultórios particulares.

O grupo pesquisado graduou-se em diversas instituições públicas e privadas, não prevalecendo distinção ou influência significativa destas no modo de atuar do profissional na atenção primária no SUS.

Inicialmente, procuraram-se associações entre idade, tempo de formado, experiência no SUS, vínculos empregatícios além da Prefeitura de Itajaí, mas estes dados não demonstraram ser significativamente importantes no processo de trabalho, quanto à competência gerencial do profissional da Saúde na atenção primária.

Cada cirurgião-dentista relatou, em suas entrevistas, que realizava alterações na rotina administrativa em seu trabalho na Unidade de Saúde, adaptando os protocolos de atendimento da Secretaria de Saúde do município de acordo com a realidade da Unidade de Saúde, tais como: protocolos de agendamento, encaminhamento para alta complexidade, planejamento e priorização de atividades, e outros.

Essa característica auxiliou na identificação da transformação criativa do profissional em seu ambiente de trabalho, correspondendo à atuação do trabalho vivo descrito por Merhy (2005). Ele descreve a ação de captura do trabalho morto pelo trabalho vivo na transformação da realidade (práxis):

> O modo de o trabalho vivo em ato realizar a captura do “mundo” como seu objeto é vinculado ao modo como o trabalho vivo que o antecedeu, e que agora se apresenta como trabalho morto, atua como um determinado processo de produção também capturante, mas agora o próprio trabalho vivo em ato, a que se expressa como certo modelo (dentro de certo modo) de produção (MERHY, 2005, p. 47).

Campos acrescenta que a inter-relação do profissional com seu meio (trabalho na Unidade de Saúde) é extremamente dinâmica e sugere a ação de um processo criativo espontâneo no modo de realizar a assistência:

> Os trabalhadores da Saúde são produtos do sistema de relações em que estão mergulhados, mas são ao mesmo tempo, produtores deste mesmo sistema. Sujeito e objeto, no mesmo momento e em todo o tempo (CAMPOS, 2006, p. 242).

Portanto, evidenciamos que cada um, através de seu trabalho vivo, transformou o trabalho morto em uma unidade administrativa particular, resultado da interação social do profissional, usuário e equipe da Saúde.

Essa microrrelação social ou micropolítica local será discutida nos tópicos a seguir, gerando uma necessidade de distinguir os gestores governo e local em no texto.

5.2 Categorias e Subcategorias Identificadas

A análise dos elementos presentes nas competências gerenciais desenvolvidas pelo cirurgião-dentista na atenção primária demonstrou que os profissionais não desenvolveram todas as atribuições descritas nas categorias e subcategorias do instrumento (Apêndice 4).

Nos quadros 4 e 5, as categorias observadas, segundo as cores utilizadas na formação das unidades de registro para posterior categorização.

Quadro 4 - Distribuição das Categorias e Subcategorias Desenvolvidas pelos Cirurgiões-dentistas da Secretaria de Saúde de Itajaí na Entrevista

CATEGORIA DO CONHECIMENTO
SUBCATEGORIA PLANEJAMENTO DE AÇÕES
Conhecer os fatores determinantes do processo saúde/doença
Conhecer a política Municipal de saúde
Conhecer os programas focais que são executados no município.
SUBCATEGORIA - SAÚDE: PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA
Conhecer o modelo de atenção à saúde preconizada pelo município.
SUBCATEGORIA DA GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE
Conhecer os elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde e na Odontologia nos diversos níveis de complexidade no SUS.
CATEGORIA DA HABILIDADE
SUBCATEGORIA- PLANEJAMENTO DAS AÇÕES
Saber identificar Problemas/ Necessidades/ Nós Críticos
Saber estabelecer prioridades.
Saber traçar estratégias de atuação.
Saber organizar seu processo de trabalho na atenção primária.
SUBCATEGORIA-SAÚDE: PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA
Saber implementar as normas de Biossegurança.
SUBCATEGORIA - ABORDAGEM DA GESTAO DO TRABALHO EM SAÚDE
Saber conduzir o processo de trabalho em saúde na Odontologia nos diversos níveis de complexidade no SUS.
CATEGORIA DA ATITUDE
SUBCATEGORIA - PLANEJAMENTO DE AÇÕES
Aplicar a tomada de decisão com base nos princípios éticos e legais.
Respeitar e acolher à população do município.
SUBCATEGORIA - SAÚDE: PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA
Valorizar os processos educativos junto à família e comunidade.

Quadro 5 - Distribuição nas Categorias e Subcategorias Desenvolvidas pelos Cirurgiões-dentistas da Secretaria de Saúde de Itajaí na Observação

CATEGORIA DO CONHECIMENTO
SUBCATEGORIA - PLANEJAMENTO DE AÇÕES
Conhecer os fatores determinantes do processo saúde/doença
Conhecer a política Municipal de saúde
Conhecer os programas focais que são executados no município.
SUBCATEGORIA - SAÚDE: PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA
Conhecer o modelo de atenção à saúde preconizada pelo município.
SUBCATEGORIA - GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE
Conhecer os elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde e na Odontologia nos diversos níveis de complexidade no SUS.
CATEGORIA DA HABILIDADE
SUBCATEGORIA - PLANEJAMENTO DAS AÇÕES
Saber identificar Problemas/ Necessidades/ Nós Críticos
Saber estabelecer prioridades.
Saber traçar estratégias de atuação.
Saber organizar seu Processo de Trabalho na atenção primária.
Saber intervir na estrutura físico-funcional e organizacional da Unidade de Saúde*
SUBCATEGORIA - SAÚDE: PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA
Saber implementar as normas de Biossegurança.
SUBCATEGORIA - SAÚDE: TRABALHO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE
Saber articular o trabalho em grupo da Equipe Saúde da Família.
Saber ouvir e negociar*
SUBCATEGORIA - ABORDAGEM DA GESTAO DO TRABALHO EM SAÚDE
Saber conduzir o processo de trabalho em saúde na Odontologia nos diversos níveis de complexidade no SUS.
CATEGORIA DA ATITUDE
SUBCATEGORIA - PLANEJAMENTO DE AÇÕES
Aplicar a tomada de decisão com base nos princípios éticos e legais.
Respeitar e acolher à população do município.
SUBCATEGORIA - SAÚDE: PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA
Preservar a aplicação das normas de Biossegurança do SUS*.
Valorizar os processos educativos junto à família e comunidade.
SUBCATEGORIA - SAÚDE: TRABALHO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE
Comprometer-se com a integração da equipe multidisciplinar de saúde em sua Unidade de Saúde*.
Ser comunicativo e interativo com a equipe de trabalho*.

SUBCATEGORIA - SAÚDE: ABORDAGEM DA GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE
Valorizar o trabalho em saúde como eixo norteador de sua profissão*.
Sentir se co-responsável pela saúde do cidadão brasileiro de seu estado e/ou município*.

* Subcategorias identificadas apenas na observação sistematizada.

5.3 Concepções sobre Competências Gerenciais

Segundo Vasquez (1990, p. 133), Marx compreendeu o trabalho humano como sendo fonte de todo valor, de toda riqueza, e Engels considerou esta riqueza objetiva na forma de um objeto externo (manufatura), e a riqueza subjetiva, como produto do trabalho humano.

No trabalho em saúde, que é o próprio ato de cuidado, tem valor e subjetividade relativos, pois o processo de cura ou manutenção da saúde é associado à percepção e conceitos de saúde do paciente e profissional, o que torna difícil a valoração do ato como é feito nos produtos manufaturados.

Toda produção de riqueza advém de uma filosofia teórica que é a origem do ato do trabalho, citada por Marx e Engels, portanto, o ato do cuidado é a riqueza produzida.

As concepções sobre as competências gerenciais colhidas nas entrevistas seguiram a lógica das unidades de registro, categorizadas nas dimensões conhecimento, habilidade e atitude das competências gerenciais dos cirurgiões-dentistas entrevistados, para se obter o elemento filosofia teórica (conhecimento) do binômio (teoria-prática) da práxis.

5.3.1 Conhecimento

Resende, ao comentar sobre a dimensão conhecimento, diz:

> [...] conhecimento, na forma de informações idéias, acúmulo de saber, aprendizado, experiência foi sempre um valor importante, porque quem o tem em maior quantidade, possui o potencial de aplicá-lo em diversas situações da vida e no trabalho [...] quem tem mais conhecimento é potencialmente mais competente [...] (RESENDE, 2003, p. 36).

Contudo, observamos que das dimensões das competências gerenciais, esta foi a menos relatada e desenvolvida pelos profissionais através das categorias obtidas dos dois instrumentos e coleta deste estudo, especialmente durante as entrevistas.

Não que o conhecimento como dimensão das competências gerenciais não seja valorizado pelos profissionais envolvidos no trabalho, mas o espaço de tempo destes é restrito à ações pré-determinadas pelo gestor governo, o que realmente reduz muito o acesso ao conhecimento de novos programas focais exteriores à atividade odontológica, exceto aos que possuam uma relação de intersetorialidade estreita com as equipes de PSF.

Apenas três profissionais souberam desenvolver, na entrevista, o conhecimento da Portaria nº 648 do Ministério da Saúde e seu conteúdo, que trata das competências gerenciais do cirurgião-dentista.

Se quase todos os profissionais do estudo não sabem o que o gestor governo define como suas competências na atenção primária, com base em que parâmetros os cirurgiões-dentistas trabalham nela? Uma resposta poderia ser qualquer uma destas:

> *"O maior gerenciamento do CD é o relacionamento, vínculo com a comunidade, e planejamento de ações, estabelecimento de prioridades, verificar epidemiologia, trabalhar em equipe, trabalhar com o binômio de saúde/doença, se conseguisse trabalhar com levantamento de dados trabalhar com os dados planejar ações. É isso..."* (FOXTROT).

> *"Na verdade eu formei meu sistema baseado no meu consultório*..." (MIKE).

O conhecimento requerido não necessariamente indica que deva ser igual ao que o Ministério da Saúde deseja. Podem ser os conhecimentos adquiridos das aulas de Saúde Coletiva na faculdade ou, simplesmente, decisões administrativas que tornaram corpo e, hoje, traduzem um saber-fazer saúde baseado em princípios éticos e legais formados com o tempo.

Silva (2005, p. 103), em estudo realizado em Curitiba com cirurgiões-dentistas pertencentes ao PSF, cuja jornada de trabalho é de oito horas, reconheceu nestes a valorização do conhecimento sobre o processo saúde/doença, ou seja, novamente

atribuindo um maior grau de importância aos fatores determinantes da doença e processos de cura.

Mesmo que na entrevista se captou esta resposta da cirurgiã-dentista Juliet:

"A gente devia ter uma aula de introdução no SUS (quando passa no concurso), na "Universidade X" estas aulas são uma droga, pelo menos as primeiras aulas. Eu não gostava deste tipo de coisa" (JULIET).

Contudo, se este mesmo profissional desenvolver a produção de seu trabalho, visando o direito pela vida, preconizado por Campos (2006), realmente esta atitude remodelará sua prática:

"Converso bastante, oriento, às vezes até acho que eles acham que são enganados, porque, na primeira consulta, eles falam, é só isso? [...] eu tento orientar bastantes eles, eles não gostam, mas eu faço" (JULIET).

Mesmo qualificando negativamente as aulas de Saúde Coletiva, e afirmando ter esquecido sobre a Portaria nº 648, dizendo que somente sabia, quando estudou para a prova do concurso, notou-se ainda em suas respostas o comprometimento com um modo de produzir saúde além dos parâmetros do modelo hegemônico tecnicista.

Pode-se inferir que o próprio profissional busca traçar estratégias de atenção à saúde, muitas vezes, à margem dos protocolos impostos pelo gestor governo.

Observa-se que, nas respostas, a aplicação de determinados protocolos ou políticas de saúde podem ser alteradas ou aplicadas de acordo com a realidade de cada um:

"Essa pergunta vou pular, porque para te responder vou ter de estudar um pouquinho" (BRAVO).

"Teria de pesquisar junto ao Ministério da Saúde, coisa que ele nunca nos enviou nada ou me falou nada" (CHARLIE).

"[...] aquela diretriz? Altamente teórico! Na realidade eles falam que temos de fazer tudo, é maravilhoso, mas na realidade eles querem é assistencial, só nos deixam fazer assistencial" (ECHO).

"Nem sei, essa é fogo, olha só, você tem de exercer, fazer tua função, salvar o dente, educar o paciente, fornecer isso para ele, temos de atender programa de criança, jovens, velhos, especiais, e joga, e joga, e joga, eles (governo) só jogam coisa para gente fazer" (DELTA).

Aliás, dos quinze profissionais entrevistados, apenas dois conheciam a existência da Portaria nº 648 e seu conteúdo. Os demais demonstraram não saber do conteúdo, mas enfatizaram o que Merhy afirma (2005, p. 47-49), quando discute sobre a característica do trabalho vivo (ato de cuidar) na saúde, quando engloba o trabalho morto (modo de produzir saúde), alterando-o, e mantendo em ato permanente, seguindo os preceitos éticos de Campos (2006), a defesa pela vida e a contraposição à burocracia institucionalizada.

Não basta desenvolver apenas conhecimentos, mas, sentidos complementares como as dimensões habilidades e atitudes que se somam, formando as competências gerenciais.

Certamente o ideal seria que todos estivessem devidamente calibrados com as orientações do gestor governo. Esta é, certamente, a razão do esforço do governo com os incentivos para a Educação Permanente em Saúde.

Contudo, antes do Pacto pela Vida 2006 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) determinar sobre os programas focais do SUS, certamente existiam nas Unidades de Saúde micropolíticas de atenção ao idoso, baseadas apenas no conhecimento do Estatuto dos Idosos, ou seja, reorganização da atenção baseada em princípios éticos e legais.

Portanto, o direcionamento governamental de políticas em saúde, através de programas, portarias e pactos, auxiliam no redirecionamento do trabalho em saúde no SUS, mas não, necessariamente, significa que estes pactos pela vida sejam novidade para alguns profissionais, que possuíam mecanismos de assistência à pacientes idosos, pacientes especiais, crianças de creches e/ou escolas, como em algumas Unidades de Saúde de Itajaí, cujas micropolíticas decisórias tomadas por cirurgiões-dentistas com o comprometimento de atenção à determinadas situações de risco, devidamente identificadas e após planejamento com a equipe da Saúde e gestor governo, devidamente implementada na Unidade de Saúde.

Na observação sistematizada, percebem-se melhor as dificuldades cotidianas decorrentes de programas verticalizados na rotina de trabalho de um cirurgião-dentista na atenção primária.

Mesmo usando os sistemas de informação do SUS, ainda existem dificuldades de alguns profissionais no compartilhamento destas para estabelecer

estratégias de atenção, ou mesmo como estudo dos fatores de saúde e doença através destes dados.

5.3.1.1 Conhecer os Fatores Determinantes do Processo Saúde/doença

Os sujeitos do estudo demonstraram, em vários momentos, o conhecimento adquirido da graduação, experiência na prática na rede municipal de saúde e pela Educação Permanente, na qual participaram o suficiente para que lhes permitissem desenvolver eficientemente a atividade assistencial e preventiva relativa à demanda do modelo hegemônico biomédico, bem como desenvolver conhecimentos baseados em sua experiência pessoal:

"[...] o maior gerenciamento do CD é o relacionamento, vínculo com a comunidade, e planejamento de ações, estabelecimento de prioridades, verificar epidemiologia, trabalhar em equipe, trabalhar com o binômio de saúde/doença, se conseguisse trabalhar com levantamento de dados trabalhar com os dados planejar ações" (FOXTROT).

"[...] basicamente atendemos a dor do paciente e a educação é restrita ao paciente [...]" (FOXTROT).

Exatamente como Mendes (2002, p. 19) afirma sobre a característica dos sistemas de saúde modernos, que consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das agudas, através de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos, pela demanda espontânea, principalmente, em unidades ambulatoriais de pronto atendimento ou hospitalares.

Merhy e Queiroz (1993) quando falam sobre as concepções de modelo de atenção do SUS, discorrem sobre mais controle dos gestores governo sobre o processo de trabalho, através de políticas verticalizadas, controle de tecnologias e valorização de especialidades pela hierarquização sistemática, como o descrito a seguir:

> Torna-se estratégica, nesta concepção, uma rede básica de saúde que funcione como porta de entrada de um sistema mais amplo e que obedeça à hierarquia tecnológica da assistência à saúde, classificada em primária, secundária e terciária. Neste esquema, os insumos e equipamentos correspondem a padrões quantificáveis de abrangência e resolutividade dos problemas de saúde. As instituições que detivessem maior grau de complexidade tecnológica passariam, então, a constituir as retaguardas que completam a resolução dos problemas de saúde. Esta estratégia visa a organização de uma rede de atenção primária pelos estados e municípios como um primeiro passo para o controle do sistema de saúde como um todo (MERHY & QUEIROZ, 1993, p.181).

Enfatiza-se, então, a prática odontológica, cujas raízes históricas, culturais e sociais na formação do cirurgião-dentista, pautada no modelo flexneriano ou medicina científica, constituindo-se em uma prática individual, curativa, tecnicista, especializada e biologicista (PEREIRA, *et al*, 2003, p. 608) como relatam os sujeitos:

"[...] assistenciais e educativas são importantes, mas não faz parte do meu perfil trabalhar com prevenção [...] [...] até porque só tenho feito curativo há 18 anos " (ALFA).

"Afirmo que as competências gerenciais do CD deveriam ser adequadamente utilizadas por um profissional de altíssima especialidade e com informações reais" (CHARLIE).

"Primeiro a mais importante é ser dentista, fazendo a parte assistencial tenho minha atividade técnica, senão não seria dentista, é a assistencial [...]" (DELTA).

Em contrapartida, percebe-se a valorização do que Campos (2006, p.242) descreve como a atenção à saúde, baseada no "direito da vida", cujo alicerce é assegurar o valor do uso do trabalho em saúde através da ética, priorizando o paciente com ser uno e indivisível e ligado a uma rede de relações sociais (família, comunidade, etc.). Em todos os momentos da coleta de dados, junto aos profissionais, esta noção de trabalhar em saúde pelo princípio do direito da vida, esteve sempre presente.

"Basicamente orientação saúde bucal, trabalhos preventivos [...] [...] curativos e até diria psicológico[...] [...] pois tem paciente que quer conversar e atuar no sentido mais humano da coisa [...]" (BRAVO).

"Que justificativa técnica é essa para essa economia burra, eu avalio pelo meu critério técnico, não vou fazer dez vezes um dente para perder o dente no final com uma restauração que não fica por falha do material. E aí se tem uma cota de restaurações para fazer? Não faço. Vou prejudicar o paciente?" (HOTEL).

Todos os profissionais estavam alicerçados por determinantes do processo de saúde/doença e perfil epidemiológico de sua região adscrita, adquiridos apenas com dados de sua prática cotidiana e de seu envolvimento com o usuário/comunidade, e não com dados oficiais ou baseados em pesquisas:

"[...] pesquisa não temos nada organizado por falta de tempo e depende daquele que tem olho clínico para pesquisa, pois quem não tem não é incentivado" (FOXTROT).

"[...] o problema é a falta de confiança nas informações oficiais" (CHARLIE).

A aparente contradição das concepções tecnicistas e de valorização à vida, coexistindo na maneira de trabalhar em saúde, é mais bem compreendida ao discutirmos a dimensão atitudes, mais adiante. É importante lembrar Resende (2003, p. 51), quando afirma que erudição não é suficiente para ser competente, o profissional deverá saber agregar outros elementos aos conhecimentos teóricos para isto.

5.3.1.2 Conhecer os Programas Focais e a Política Municipal de Saúde

Apesar de não conhecerem os programas focais do SUS na íntegra, todos conheciam a política municipal de saúde e os programas do município que, como forma gerencial do processo de trabalho odontológico no SUS, pode ser caracterizada como relata Merhy (2003, p. 19), ao discutir modelos gerenciais da saúde pública baseados em: "modelos político-clientelistas e populistas que expressam formas dominantes de certo grupo de gestores (governo) se colocarem em cena, cujo modelo médico hegemônico e sanitarista burocrático são bons exemplos disso". Tal exemplo foi encontrado nas respostas das entrevistas:

"Infelizmente é a assistencial, pois o foco deveria ser educacional, mas foge ao meu comando e ao meu universo e o sistema que deveria saber o que é melhor, manda fazer mais assistencial" (CHARLIE)

"Educação em saúde é o mais importante, mas isso muito por conta do governo instalado, se a gente pudesse praticar mais um pouco educação e vigilância em saúde seria bem melhor" (LIMA)

O fato da política de saúde do município ser considerada pelo discurso dos profissionais de curativista e assistencialista, não traz novidades, pois o modo de trabalho na atenção primária no SUS ainda sofre com a verticalização e piramidação do atendimento (MENDES, 2002, p. 15), privilegiando a especialidade e o uso de tecnologia dura na valorização do ato de atenção à saúde (MERHY, 2003).

Cultura esta ainda presente na mente dos entrevistados. Mas, ainda assim, assentiam em se dedicar mais às atividades assistenciais em detrimento à prevenção e promoção, justificando tal medida pela demanda excessiva, valorização e aderência do paciente e comunidade ao modelo biomédico, o que é comprovado por Mendes (2002, p. 19) ao afirmar que as pessoas comuns e correntes valorizam o sistema de saúde voltado para atenção às condições agudas.

"A característica da nossa profissão no serviço público é a curativa e acabamos profissionais caros para exercer a atividade educativa e prevenção e o nosso maior parte do trabalho ficamos na assistência curativa devido à demanda, que nem sempre dá continuidade com o trabalho e o que reflete as características culturais [...]" (GOLF)

Mas temos de levar em consideração que o processo de transição do modelo anterior à Constituição de 1988 para o atual SUS ainda continua, e que a estratégia de saúde da família ainda possui pouca cobertura (MENDES, 2002, p, 81), fato real da ausência de cirurgiões-dentistas em equipes do PSF em Itajaí no momento da coleta dos dados.

No entanto, não impede que os profissionais empreendam, individualmente, no planejamento de ações em saúde nas Unidades de Saúde, mediante a subjetivação de um contexto único e pessoal, que prima pela motivação criadora e empenho improvisador característicos de um profissional da Saúde sanitarista (CAMPOS, 2006, p. 250-251):

[...] "não ficamos circunscritos às quatro paredes, participando dos espaços sociais, e na pesquisa, procuramos nos inteirar da realidade da comunidade" (GOLF).

Todos participam de programas de prevenção nas escolas através de palestras, escovação dirigida e aplicação de flúor e, eventualmente, do Programa Escola Aberta, no município.

5.3.1.3 Conhecer o Modelo de Atenção à Saúde Preconizada pelo Município

Merhy (2003, p. 16) estabelece uma situação idealizada de modelo de atenção à saúde, afirmando que este não se faz com referências a programas específicos, mas ao modo como se constrói a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho, que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar: do individual, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares, na promessa de construir saúde. E continua afirmando:

> "[...] que sempre será ao mesmo tempo tarefa tecnológica, comprometida com um jogo social implicado com certas formas de se produzir as necessidades de saúde, enquanto valores de uso, utilidades para indivíduos e grupos." (MERHY, 2003, p. 16).

Certamente, o modelo municipal e a atenção preconizada pelo município ainda seguem o modelo hegemônico pela lógica da produção de atos de saúde como procedimentos, e a da produção de procedimentos enquanto cuidado (MERHY, 2003, p. 29), como se refere Mendes (2002, p. 19) ao incentivo a procedimentos curativos de resolução imediata de processos agudos e crônicos ainda presentes no SUS.

Nota-se, nas entrevistas, a valorização destes processos agudos e plena resposta institucional a estas ocorrências em detrimento de uma regularidade no cumprimento de ações pré-estabelecidas.

Reforçando, Resende (2004, p. 30) descreve como instituições com culturas organizacionais negativas, baseadas no imediatismo, auto-suficiência (não há necessidade de eficiência de resultados para sobreviver) e pouca persistência na busca de resultados, pela acomodação tanto institucional em seus processos de trabalho e de seus funcionários. Senão, observe estes comentários:

[...] "o cotidiano ele se repete há 15 anos, sem grandes novidades. Temos pacientes agendados e fazemos assistência básica, sem novidades, verificação de problemas específicos para o sistema que possa atender problemas especializados" [...] (CHARLIE)

"Atuamos tanto na parte curativa e no prisma da educação e prevenção, eventualmente temos oportunidade de ir junto com o PSF fazemos visitas domiciliares, e também nas escolas em torno da unidade com atividades preventivas" (GOLF).

[...] "tento fazer atenção odontológica, aonde tentamos conhecer as situações de vulnerabilidade social [...] [...]e dentro da prática profissional que são as competências que a unidade nem sempre possibilita realizar" (GOLF).

"Bom atendo oito pacientes por dia, atendimento normal... O que mesmo quer saber? [...] às vezes faço palestra para os idosos, no grupo, às vezes faço palestra para crianças [...]" (KILO)

Porém, ao se afirmar isto, não se negam os avanços obtidos nestes anos de construção do SUS, mas anote-se o comentário de Campos, que também critica os atuais modelos de saúde:

> "O que vem sustentando a administração em saúde no país são as teorias do campo administrativo, que entendem a administração como um sistema mecânico e fragmentado, desconsiderando a diretriz de unificação do sistema [...] [...], porém as organizações de saúde possuem especificidades no processo de trabalho, na cliantela e no produto. São entidades caracterizadas pelo fato do poder decisório - no que diz respeito à administração e à distribuição de recursos - centrar-se sobre uma parcela importante dos profissionais operacionais – médicos, enfermeiros, entre outros" (CAMPOS, 1990, p.4; apud SILVA, 2005a, p. 78).

Portanto, o gestor governo possui o poder administrativo e regulador, mas os profissionais da Saúde na atenção primária podem, na prática, estabelecer sua rotina, de maneira empreendedora ou de forma autômata aos protocolos estabelecidos.

Neste ponto das entrevistas, observa-se a crítica ao modo de produção de trabalho, ao que Vasquez cita como crítica revolucionária da práxis, e o que Resende diz como atitude presente no profissional que é competente gerencialmente.

5.3.1.4 Conhecer os Elementos Constitutivos do Processo de Trabalho em Saúde e na Odontologia nos Diversos Níveis de Complexidade no SUS

Todos os profissionais declararam como componentes do trabalho, na Unidade de Saúde, ações assistenciais ou curativas, ações ligadas à prevenção e, quando inquiridos, afirmaram realizar ações gerenciais.

Segundo o Ministério da Saúde, as atribuições do cirurgião-dentista na atenção básica, na estratégia de saúde da família são:

> I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
> II realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
> III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;
> IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;
> V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
> VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe da Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
> VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;
> VIII - realizar supervisão técnica do THD e ACD;
> IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006, p.31).

Contudo, nas entrevistas, ao se dividir as funções em assistenciais, educativas, de pesquisa e gerenciais, os profissionais desenvolveram basicamente o que o município entende por atenção à saúde bucal.

As atividades clínicas por excelência sempre foram circunscritas ao ato técnico:

"[...] atendimento clínico, restauração, extrações [...]" (ALFA).

"A assistencial é a curativa [...]" (BRAVO).

"[...] carro chefe é a assistencial" (CHARLIE).

"[...] assistenciais porque a gente faz atendimento [...]" (DELTA).

As atividades de educação em saúde:

"[...] vou à creche, ensino as pessoas a escovar [...]" (ALFA).

"[...] atividade preventiva nas escolas [...]" (BRAVO).

"[...] educativa é feita na medida do possível [...]" (CHARLIE).

"[...] educativa a gente vai para escola [...]" (DELTA).

Atividades gerenciais:

"[...] apenas administrar os insumos, material, agendamento, pouca coisa [...]" (BRAVO)

"[...] organização de todo o sistema, desde o acolhimento, até o encaminhamento para as especialidades [...] a gerencial é a agenda" (CHARLIE).

"[...] gerencial porque coordenamos tudo aqui [...]" (DELTA).

Portanto, o conhecimento dos processos de trabalho relatados pelos profissionais é extremamente limitado à esmagadora valorização da assistência curativa da população, o que novamente reflete a hegemonia do modelo biomédico na atenção primária.

O que certamente também é desejado pela comunidade, como referido por Campos (2006), ao relatar a necessidade da transformação, não somente do conceito de trabalho em saúde pelo profissional e pelo gestor governo, mas também do paciente assistido.

5.3.2 Habilidades

Chiavenato (2003, p. 5; apud SILVA, 2005, p. 47) conceitua habilidade como capacidade de colocar conhecimentos em prática, em saber transformar teoria em prática, portanto, o saber-fazer, saber-agir, saber-responder à determinada situação.

Silva (2005, p. 103) atesta que os cirurgiões-dentistas de Curitiba, que atuam no PSF, atribuem a capacidade de estabelecer prioridades como a habilidade mais importante, deixando para última opção a habilidade para traçar estratégias.

A habilidade é como executar determinada ação passível, sendo treinada ou aperfeiçoada (RESENDE, 2005) através da Educação Permanente (CAMPOS, 2006).

Apesar de vivermos um modelo tecno-assistencial de atenção à saúde, a habilidade do profissional é que vai redirecionar o sentido da assistência para um modelo usuário-centrado e não procedimento-centrado.

O “autogoverno” do trabalhador da Saúde sobre o modo de fazer assistência, muitas vezes, é o que determina o perfil de determinado modelo assistencial, agindo como dispositivo de mudanças capazes de desencadear processos institucionais ante a organização de serviços de saúde, requerendo a construção de uma nova consciência sanitária, e adesão destes trabalhadores a este projeto (FRANCO & MERHY, 2003, p. 70-71).

5.3.2.1 Saber Identificar Problemas, Necessidades e Nós Críticos

Esta foi umas das unidades de registro mais profícuas, todos responderam das mais diversas formas aos problemas/necessidades/nós críticos que iniciam com a formação do próprio profissional e atingem o próprio SUS:

“[...] aqui é um posto de doença e temos de transformar em um ponto de saúde, porque eles só vêm aqui quando doentes [...] trabalhamos mais doença que saúde,” (FOXTROT)

“Seria mais inteligente fazer educação, mas nos mandam fazer atividades curativas [...]” (CHARLIE)

"[...] não temos THD ou ACD [...] Deveria [...] termos máscaras descentes, jalecos decentes, isto é, se nos dessem jaleco, material decente pois é o nosso nome que está na reta, flúor descente para a gente trabalhar, estamos muito sozinhos" (DELTA).

"Na verdade essa é a grande frustração, temos problemas com administração, estamos isolados [...] eles não entendem o que fazemos aqui, e a escola reclama porque o paciente falta tanto para vir para ser atendido (ECHO)

"[...] tenho dificuldade de estabelecer vínculo com a unidade, um dos locais de trabalho é horrível [...]" (OSCAR)

"Quando chego pego as fichas ligo compressor, organizo os instrumentais, e isso retarda o atendimento, não temos uma auxiliar de consultório somente para nós, se tivéssemos seríamos mais produtivos [...]" (HOTEL)

Habilidade requer o desenvolvimento de adjetivos profissionais, citados por Resende (2005) e Silva (2005), que facilmente podem ser descritos como resultados da aplicação de tecnologias leves descritas por Merhy (1998, apud, FRANCO & MAGALHÃES JÚNIOR, 2003, p. 127-128), transformando modelos de assistência clínico-centrados e estratificado em especialidades.

A crise atual do modelo hegemônico centrado no médico como detentor de tecnologias duras e equipamento-dependente gerou a necessidade da evolução para um modelo que valorize uso de tecnologias leves (tecnologias das relações), e leve-duras (conhecimento técnico), adquirindo condições para que o serviço seja produtor de cuidado (MERHY, 2004).

Observou-se que os profissionais visualizaram, de forma bem crítica, estas dificuldades, ao que Silva (2005a, 77-78) afirma que a capacidade do gestor local saber desenvolver ações com alto grau de autonomia na assistência à saúde como fator primordial para alcançar a eficiência, como a diferença de objetivos por parte do gestor governo e do gestor local, faz com que as metas individuais se sobreponham às metas institucionais.

Portanto, saber identificar os nós no processo de trabalho não é tão desafiador quanto desenvolver as ferramentas necessárias para combater, democraticamente, esta precarização nas relações sociais entre os três atores envolvidos na atenção primária (VIEIRA, 2005, p. 107-109).

Merhy (2005, p. 39), ao trabalhar sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde, sugere a construção de organizações de saúde gerenciadas de maneira mais coletiva, além de processos de trabalho mais partilhados, buscando uma lógica

usuário-centrada, que permita construir, cotidianamente, vínculos e compromissos estreitos entre os trabalhadores e usuários nas formatações das intervenções tecnológicas em saúde, conforme as necessidades individuais e coletivas, como os desenvolvidos por outros profissionais nas mesmas características, aonde o problema já foi resolvido:

"O instrumental já está aqui no consultório, todo esterilizado, vou abrindo as caixinhas e vou utilizando. O retorno é dado pela recepção, simplesmente atendo [...]" (BRAVO).

"[...] desde que vim para cá já conseguimos muita coisa com a comunidade" (ECHO)

As críticas citadas têm uma origem de estabelecimento do grau de importância pelo imediatismo, caracterizado por Resende (2005) como atributos de uma cultura organizacional ruim, que já "contaminou" a concepção dos profissionais da Saúde. Característica semelhante, encontrada por Silva (2005b), cujo grupo de pesquisa elencou o estabelecimento de prioridades, traçando estratégias baseado em critérios emergenciais, ao invés de planejamento adequado em longo prazo.

"A assistencial, por acreditar que é mais importante pela demanda, educativa em segundo lugar [...]" (BRAVO).

A urgência em assistir os processos agudos também é conseqüência desta valorização do emergencial em favor do planejamento estratégico.

5.3.2.2 Saber Estabelecer Prioridades e Traçar Estratégias

Bastante semelhante ao proposto anterior, a habilidade mais importante, segundo cirurgiões-dentistas, em Curitiba, no trabalho em equipes de saúde bucal no PSF (SILVA, 2005, p. 103) é saber estabelecer prioridades e traçar estratégias. E, aqui, novamente, encontraram-se inúmeras unidades de registro produzidas nas entrevistas:

“Temos de tentar ser mais multidisciplinares [...] temos de lutar com a comunidade [...]” (ECHO)

“[...] precisamos com urgência de atividades de educação, pesquisa, e gerencial [...]” (FOXTROT).

“[...] mas temos que repensar a nossa prática para que possamos minorar o sofrimento da comunidade sem prescindir da prevenção e educação, e nós como detentores do conhecimento temos que espalhar o conhecimento e trazer a população para que nós possamos ajudá-los” (GOLF).

Como tempo e recursos são sabidamente bem escassos no SUS, optou-se por discutir as duas subcategorias em conjunto.

A habilidade está relacionada à capacidade do indivíduo de realizar as trocas de saberes para o ato de saúde nas relações sociais com o gestor governo e usuário, ao que Merhy (2003, p. 19) cita que o trabalho em saúde exige do gestor local um instrumental conceitual e operacional multirreferenciado para dar conta deste complexo processo de contratualização social, político e técnico, além do relacionamento dos três atores basais para momentos de explicitação de projetos ocultos, tornando-os disputáveis.

“A pessoa que tem capacidade de fazer isso, tem de ter diplomacia para conseguir fazer, mas ao mesmo tempo não tem de ter muitos dedos para não deixar as coisas por si sós, combater interesses diferentes que é o nosso caso na secretaria” (KILO).

Certamente os profissionais que conseguiram solucionar os problemas citados lograram modificar a organização de seu processo de trabalho, intervindo na estrutura físico-funcional e organizacional da Unidade de Saúde, seguindo os sentidos do planejamento de ações como uma seqüência natural de tomada de decisões. Isto é desenvolver habilidade, o saber-fazer, o saber-transformar conhecimento em ação (RESENDE, 2005), em práxis (VASQUEZ, 1990).

5.3.2.3 Saber Organizar seu Processo de Trabalho na Atenção Primária

Todos, de alguma maneira, através do trabalho vivo (estabelecimento de rede de relações sociais com os outros atores), modificaram o trabalho morto (processos burocráticos) na busca por mais eficiência em seu serviço, como diz Resende (2005).

"É você poder saber administrar sua unidade e tentar trabalhar de maneira mais correta" (DELTA).

Foram entrevistados também profissionais que mantém sua atuação segundo o modelo hegemônico:

"Administramos a Unidade de Saúde no que se refere a este pequeno consultório que temos aqui [...]" (INDIA).

"Na realidade o consultório da gente é uma empresa (é o que entendo) gerenciamento de pacientes, material, funcionários, trabalho em grupo [...]" (ÍNDIA).

"[...] bem preencho o material de produção e pedidos de material que faltam ou me reporto ao meu coordenador" (JULIET).

"Chego aqui, "bato ponto", entro na sala, arrumo as fichas, os papéis, boletins, diários, organizo materiais do dia, pego luva, máscara, e fico aguardando os pacientes" (BRAVO).

Mas, o que ressalta nas entrevistas é a presença de um número significativo de cirurgiões-dentistas que tomaram ações complementares ou pessoais às políticas de saúde municipais e diretrizes do gestor governo, assumindo uma posição de defesa à vida, em decisões éticas e baseadas na legalidade, respeitando as peculiaridades de sua área e população adscrita, sustentado por conhecimentos adquiridos em sua vida acadêmica ou em eventos de Educação Permanente.

Estes lograram equacionar, mesmo que de maneira mínima, situações organizacionais lesivas à assistência odontológica, como a ausência de um auxiliar de consultório dentário, ao qual cooptam com ajuda da equipe de auxiliares e

técnicos de enfermagem, que auxiliam nas questões críticas de esterilização, e as recepcionistas com o auxílio no agendamento, como no exemplo abaixo:

"[...] vínculo com a comunidade, e planejamento de ações, estabelecimento de prioridades, verificar epidemiologia, trabalhar em equipe, trabalhar com o binômio de saúde/doença, trabalhar com levantamento de dados trabalhar com os dados planejar ações. É isso [...]" (FOXTROT).

Ou promovem ou tentam pequenas mudanças organizacionais:

"Na Unidade de Saúde já trabalho com agendamento direto comigo, é só vir e conversar comigo, o que não for de especialidade atendo tudo [...] [...] na escola faço um levantamento de risco, mas não faço como deve ser feito porque não temos tempo" (HOTEL).

"[...] tenho quatro fichas para a escola [...]" (ECHO).

"Atendo mais crianças [...] unto com os pais a educação em saúde bucal e depois vamos à escola" (HOTEL).

"Dependendo da minha realidade... eu participo de tudo desde a hora que chego, trabalho aqui há 15 anos, tenho dificuldade de treinar as auxiliares de enfermagem na limpeza e esterilização, não temos um cargo especifico de auxiliar para nós, como temos horários de sufoco, ficamos de lado, se temos um medico no sufoco e um dentista nos sufoco, fica o dentista esperando, eu brigo por respeito, isso é um nó para desatar, poderíamos ser mais produtivos" (HOTEL).

Existem pequenas alterações ou tentativas de implementar melhoramentos na rotina diária em cada Unidade de Saúde desempenhadas por cada profissional da Saúde, o que fica mais claro na observação sistematizada.

5.3.2.4 Saber Implementar as Normas de Biossegurança

Apesar de não dispor de uma auxiliar de consultório dentário, o cirurgião-dentista da atenção primária em Itajaí desenvolve mais de dez ou doze vezes, a cada jornada de trabalho, procedimentos de biossegurança, e todas as atividades relativas à produção de dados para o sistema de informações do SUS, o que acaba

por tomar tempo de uma jornada já curta. Mesmo assim, mantêm firmes a biossegurança e o atendimento na Unidade de Saúde.

Quando chego, pego as fichas ligo compressor, organizo os instrumentais, e isso retarda o atendimento, não temos uma auxiliar de consultório somente para nós, se tivéssemos seríamos mais produtivos... (HOTEL).

Em resumo, segundo esses profissionais, não existe equipe da saúde bucal:

"[...] orientação do pessoal que possa ajudar o serviço odontológico, que é meu caso [...]" (BRAVO).

"Além de ser CD, somos ACD (auxiliar de consultório dentário), THD (Técnico em Higiene Dental), Recepcionista, tem uma unidades que tem, mas aqui não tem... fazer o quê?" (DELTA).

"[...] não existe equipe, se não vou atrás ninguém faz nada [...]" (ECHO).

Como Merhy (2005) relata:

> O trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente, um pouco à semelhança do trabalho em Educação. Além disso, atua distintamente em outros processos produtivos, nos quais o trabalho vivo em ato pode e deve ser enquadrado e capturado globalmente pelo trabalho morto e pelo modelo de produção (MERHY, 2005, p.48).

Cabe, então, a esse profissional apoderar-se de artifícios para poder compensar a falta de pessoal destinado exclusivamente à atividade do que seria a de uma equipe da saúde bucal.

A captura da mais-valia (Marx, 1988), representada pelo trabalho de outros membros da equipe da Saúde da Unidade Básica em que trabalha, supre, apesar de ser insuficiente, as demandas organizacionais de uma equipe da saúde bucal, mas que já foram incorporadas à micropolítica das unidades de saúde básica do município.

Merhy (2005, p. 49) diz que:

> No trabalho em saúde, não cabe julgar se os equipamentos são bons ou ruins, mas quais rabões instrumentais os estão constituindo e dentro de que jogo de intencionalidades; cabendo, portanto, perguntar sobre que modelagem de tecnologia do trabalho vivo em que ato se está operando, como ela realiza a captura das distintas dimensões tecnológicas, e o lugar que os usuários/necessidades e os trabalhadores/necessidades, como intenções, ocupam na rede de relações que as constituem (MERHY, 2005, p. 49).

Portanto, novamente, é o trabalho vivo, através de tecnologias leves, que transforma a relação social adversa no trabalho vigente, em uma estrutura organizacional adaptada para ser usuário-dependente, e não uma estrutura sanitária burocrática, alienada das necessidades da população. Contudo, ainda falta muito para o ideal.

5.3.2.5 Saber Conduzir o Processo de Trabalho em Saúde na Odontologia, nos Diversos Níveis de Complexidade, no SUS

Nas competências do cirurgião-dentista na atenção básica, segundo o Ministério da Saúde, na estratégia de saúde da família, no que diz respeito aos outros níveis de atenção à saúde, temos os seguinte dizer: “IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento” (BRASIL, 2006, p.31).

Os relatos obtidos mantêm esta linha, mas com certo distanciamento e sem afirmar que mantém sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário:

“[...] tratamento de canalzinho e dente de leite encaminhamos para o especialista [...]” (HOTEL).

“[...] existe o encaminhamento para o CEO (centro de especialidades odontológicas) [...]” (OSCAR).

Poucos relatos foram plenamente elucidados quanto à dinâmica do processo de trabalho em saúde, mas foram plenamente compreendidos, complementarmente, nas observações sistematizadas.

5.3.3 Atitudes

São ações relacionadas às experiências pretéritas e estritamente ligadas à experiência profissional. Não podem ser aprendidas ou capacitadas, apenas assimiladas com a vida.

Atitude foi a dimensão em competência gerencial que mais significou mudança na ação do ato em saúde observado e adquirido nas entrevistas. Contudo, neste capítulo, serão relacionadas apenas às entrevistas.

Resende (2003, p. 51), por vezes, atribui à atitude mais importância na composição das competências gerenciais, por ser o estopim que deflagra o evento de desenvolvimento de tecnologia leve, e cuja característica é única.

Os indivíduos que aperfeiçoarem suas atitudes gerencialmente estão imprimindo a característica da vontade de empreender, liderança e tomada de decisão (DUTRA, 2003).

Enfim, o trabalho em saúde, para ser eficaz e resolutivo, dependerá sempre de certo coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis, para tentar eliminar o atrito operacional causado pela degradação do próprio trabalho em saúde, devido à interesses institucionais legítimos ou não do gestor governo, além da burocratização, das intermináveis disputas de poder e acomodação inercial dos trabalhadores do setor estatal, têm diminuído, em muito, a capacidade de serviços de saúde produzirem qualidade de vida, agravando os custos crescentes em saúde (CAMPOS, 2006, p.130).

5.3.3.1 Aplicar a Tomada de Decisão com Base nos Princípios Éticos e Legais

O que mais se percebeu nas entrevistas foi a clara definição do compromisso dos profissionais com os princípios éticos e legais do cuidado com os usuários:

"[...] chamo os pacientes um a um pelo nome para atendimento com um sorriso no rosto procurando melhor atender e esclarecer sobre o tratamento e que alcancem a situação adequada" (GOLF)

"Creio que seja mais importante o assistencialismo, pois não podemos deixar uma criaturinha com dor sem atendimento, mas mesmo quando faço o curativo, faço orientação, educação, martelar educação e prevenção. E são acompanhados na infância e quando na adolescência e na fase adulta vem com o dente destruído de novo, não temos constância, não conseguiremos ter sucesso, enquanto isso, temos de fazer o que podemos, temos de realizar o que podemos" (HOTEL).

"Primeiramente oriento bastante e depois mais a parte curativa. Eu procuro orientar mais os pacientes, mas como atendo a noite é difícil, pelo tipo de paciente (adulto)" (JULIET).

"[...] para a gente fazer um parecer técnico, o material que usamos é uma porcaria, é uma economia burra, por fazer licitação pelo mais barato, não faço mais restauração em amálgama, uso resina, mas a resina não é lá essa coisa, temos de controlar o gel... Se o gel está líquido... Como? Moleira para aplicar flúor, não uso mais... Aí você entra em contato com o gerenciamento central, e eles falam que o jurídico não aceita, e aí? Que justificativa técnica é essa para essa economia burra, eu avalio pelo meu critério técnico, não vou fazer dez vezes um dente para perder o dente no final com uma restauração que não fica por falha do material... E aí se tem uma cota de restaurações para fazer? Não faço... Vou prejudicar o paciente?" (OSCAR).

O compromisso com o paciente, expresso por Campos (2006, p. 233-241), no desenvolvimento de uma atenção centrada no paciente/usuário, e não em um sistema alienado, onde a pergunta "o paciente se recuperou?" é abstrata, pois a fixação intelectual e da disciplina em fragmentos do processo de reabilitação e/ou promoção de saúde embrutece o profissional, e transforma o trabalho vivo do atendimento (MERHY, 2005, p.47) em uma prática profissional burocratizada (CAMPOS, 2006, p. 235).

Estas atitudes servem para marcar momentos de mudança de processos culturais que tenham relação com o trabalho e com a integração de gestão pessoal, independente do vínculo empregatício (DUTRA, 2003), sendo que, na Saúde, representa a mudança da micropolítica aplicada na atenção primária.

"[...] se fazemos alguma coisa temos de lutar com a comunidade, a prefeitura não dá nada" (ECHO)

"[...} atendo mais crianças, realizamos atendimento delas inicialmente junto com os pais, realizando orientação com as crianças e com os pais e depois atendemos as crianças sozinhas[...] (HOTEL)

"[...] quando tiver mais emergências, eu atendo [...]" (LIMA)

A valorização do trabalho em saúde como eixo norteador da profissão, a aplicação de tomada de decisão baseada em princípios éticos e legais, e a preservação da aplicação de medidas de biossegurança foram as unidades de registro mais desenvolvidas. O grau de comprometimento com o trabalho pode ser deduzido pela grande freqüência com que estas surgem nas entrevistas.

Vieira (2003), Campos (2006) e Merhy (2006) destacam a necessidade de valorizar a autonomia do gestor local no processo decisório e a implantação de estratégias locais de atenção à saúde, visando adquirir mais eficiência e eficácia, apreciada por Resende (2004), ao discorrer sobre elementos como motivação, vontade, empreendedorismo, que estão muito associados a ambientes altamente competitivos de economia livre.

Apesar da relação de trabalho do profissional do SUS ser diferente de um gerente em uma corporação, a motivação dele deve estar constantemente em alta, mesmo com a precária relação entre os três atores envolvidos no processo de trabalho, ou até mesmo outros envolvidos indiretamente com o trabalho em saúde:

"[...] o grande complicador é o jogo político de interesses que apesar do movimento sanitário lutar pelo direito da saúde ter verba destinada, mas é difícil, pois vemos que os postos falta máscara, não é problema de gerenciamento mas problema político, passamos dificuldades que passam pela falta de material, estrutura, ergonomia, contato com a comunidade, problemas com os pacientes, trabalhadores e dos próprios profissionais, o gerenciamento é muito amplo e fica difícil com a política" (FOXTROT).

"[...] a Odontologia está largada, só chamam a gente para tapar buraco" (ECHO).

"Acho que você passou (concurso) para qualquer coisa pública você receberia um treinamento, mas não adianta a gente é criado para atender em um consultório particular, a gente não foi criado para atender no SUS ou em qualquer lugar, ninguém nos ensinou ou a gente pensou nisso" (JULIET).

"[...] acho que sobra muita coisa para o dentista para ele fazer sozinho, marcação, malote, coordenador não dá atenção e a gente acaba fugindo do atendimento que é mais

importante para tratar coisas que não são tão importantes, tudo para o médico atender e o dentista que resolva o seu sozinho" (KILO).

"[...] está isolado no posto de saúde, ele gerencie ele mesmo, ele não tem subordinado, ele se auto-gerência [...]" (MIKE).

Certamente os conflitos entre os profissionais, o gestor governo e as dificuldades encontradas no trabalho em saúde ficam mais evidentes.

Contudo, o que se percebe nas observações sistematizadas é o alto grau de comprometimento com a prática odontológica, mesmo que ainda valorizando a assistência curativa, mas procurando centrar no usuário e na eficiência do trabalho.

5.3.3.2 Respeitar e Acolher a População do Município

Poucos profissionais citaram a questão do acolhimento como política de saúde, mas declararam trabalhar com sentidos mais sensíveis às necessidades particulares da população adscrita em momentos como os descritos a seguir:

"[...] atenção ao usuário, a qualquer outro usuário em qualquer unidade, isto é o acolhimento, ele pode esta passando mal no corredor que vou auxiliar [...] [...] e trabalhando em equipe com os enfermeiros, médicos, auxiliares [...]" (LIMA).

"O dentista deveria participar das políticas do bairro, participar nas discussões do bairro [...] As barreiras culturais são difíceis, cada bairro tem uma realidade, nem adianta discutir na secretaria, essa competência precisa ser desenvolvida por bairro. Temos de comprar a idéia do bairro, discutir orçamento participativo, participar na associação de bairro" (ECHO).

O acolhimento e o respeito à população certamente fazem parte da rotina dos profissionais, apesar da fragilidade do vínculo entre profissionais e usuários no cotidiano, onde um sofre com o modo de trabalho fragilizado, e o outro com necessidades crônicas ou agudas de atendimento.

"[...] mas a comunidade não entende que deixo de atender clinicamente para fazer palestra para crianças, nem as mães entendem e reclamam que eu poderia estar na unidade atendendo, é bem difícil [...]" (KILO).

Cecílio relata a busca por uma entrada no sistema de saúde, onde os processos agudos geram soluções “criativas” por parte dos usuários, pervertendo a lógica burocrática sanitarista da estrutura piramidal do SUS (CECÍLIO, 1997, p. 477), o que gera mais tensão para a relação hierarquizada do SUS.

Para Maciel-Lima (2004, p. 511), a ruptura do laço entre profissional e paciente põe em dúvida a qualidade do atendimento, pois contraria o conceito de que, para haver qualidade no serviço, todos os clientes, funcionários e comunidade devem estar satisfeitos.

Muitas alterações de ordem tecnológica, mas poucas de ordem operacional, muitas máquinas, mas poucos profissionais para atender os usuários. Em muitos casos, observa-se a manutenção de filas, ou, ainda, a criação de filas “virtuais”. Outros indicadores da precariedade podem ser citados como: o número de consultas não compatível com o aumento da demanda nas Unidades; a “burocracia” no atendimento, ao invés de atender no sentido “humanizador” a população carente do seu município ou região, distancia as Unidades do seu objetivo, apresentado publicamente como primordial (MACIEL-LIMA, 2004, p. 511).

Como o uso de tecnologia leve, descrito por Merhy, todos relataram que procuram desenvolver estratégias para tornar eventos deletérios do sistema biomédico mais toleráveis aos usuários, contrabalançando com mais humanização da atenção.

5.3.3.3 Valorizar os Processos Educativos com a Família e Comunidade

Certamente, esta é uma das atividades descritas nos protocolos de prevenção e promoção em saúde bucal. Contudo, nos discursos, observa-se certa dificuldade de aplicação destas atividades em relação à demanda das atividades assistenciais/curativas.

“[...] educativa com os pacientes, na comunidade na escola e na Unidade de Saúde [...]” (ÍNDIA)

“[...] educativa pelas minhas orientações [...]” (JULIET).

“A educativa são as palestras que faço [...] a assistencial é a mais importante, mas tem de andar de mãos juntas com as palestras, prevenção” (KILO).

“[...] a educativa é no consultório e nas escolas aonde vou [...]” (MIKE).

Apesar de a maioria entender que não promover educação em saúde estará favorecendo o ciclo vicioso do modelo tecno-assistencial, prevalece na valorização do procedimento, inclusive, quando existem atividades educativas, elas são restritas ao consultório.

Mesmo os momentos de educação em saúde ainda refletem modelos antigos aplicados à exaustão (tecnologia dura), ao invés de desenvolver novos métodos de sensibilização. Normalmente o tempo para desenvolver é curto, fato relatado por todos.

5.4 Prática das Competências Gerenciais

Antes da análise das unidades de registro observadas, foi necessária uma contextualização da realidade comum às cinco Unidades de Saúde visitadas durante a pesquisa.

Cada unidade básica visitada apresentava uma micropolítica de produzir atenção à saúde, na formas de acesso diferenciado ao atendimento odontológico, maneira de agendamento diferentes, freqüência de ações de educação, promoção e prevenção em saúde e, principalmente, gestão de recursos e entrosamento com a equipe da Saúde da Unidade, o que refletiu em diferentes microrrelações de poder entre os cirurgiões-dentistas, a equipe da Saúde, a comunidade e o gestor governo, evidentemente, modulado pelo modo de trabalho desenvolvido pelo profissional da Saúde. Em resumo, a aplicação de tecnologias leves, que favorece a captura do trabalho morto (protocolos de atenção) pelo trabalho vivo (relações sociais no trabalho), construindo uma nova maneira de fazer saúde, com objetivo de ser mais eficiente e ser mais integral na atenção à saúde.

Novamente, não ocorreram diferenças significativas, observáveis ou relatadas no cotidiano, entre os profissionais, que permitissem intuir ou referendar alguma diferença no modo de trabalho que, notadamente, um indivíduo tem em relação aos outros.

Anteriormente, foram analisadas as concepções (filosofia teórica) dos profissionais da atenção primária, o que permitiu a comparação com a prática destes cinco cirurgiões-dentistas.

Neste capítulo, destaca-se apenas o desenvolvimento pelos cirurgiões-dentistas de outras subcategorias, evidenciadas na observação sistematizada, às quais não foram identificadas nas entrevistas:

Na categoria Habilidade:

- Saber intervir na organização da estrutura físico-funcional e organizacional da Unidade de Saúde;
- Saber ouvir e negociar.

Na categoria Atitude, destacaram-se:

- Preservar a aplicação das normas de Biossegurança do SUS;
- Comprometer-se com a integração da equipe multidisciplinar de saúde em sua Unidade de Saúde;
- Ser comunicativo e interativo com a equipe de trabalho;
- Valorizar o trabalho em saúde como eixo norteador de sua profissão.

Apenas foram observadas as subcategorias extras, desenvolvidas nas dimensões Habilidade e Atitudes, permanecendo a dimensão Conhecimento inalterada.

Apesar dos dizeres favoráveis a uma reorientação no modelo de atenção, os profissionais ainda convivem com a hegemonia do modelo hospitalocêntrico, na valorização pelas tecnologias duras e leve-duras, características ainda presentes no SUS e na Odontologia, fato este observado no seu cotidiano.

Mesmo focalizando apenas as competências gerenciais, os microssistemas político-gerenciais locais sempre se mantinham como unidades administrativas distintas em cada Unidade de Saúde, que convivem à margem dos protocolos da Secretaria de Saúde.

O cirurgião-dentista criava sua rede de relações na equipe da Saúde refletindo, positivamente ou negativamente, todo o seu modo de trabalho, desde o

agendamento até a freqüência com que ele, ou ela, realizava ações de prevenção e promoção.

Apesar de existirem estas variações no processo de trabalho de atendimento odontológico de cada Unidade de Saúde, estas não, necessariamente, foram construídas pelos profissionais que atualmente exercem a atividade no local.

Alguns modelos já existiam antes da chegada de cada um dos cirugiões-dentistas observados, ou sofreram modificações com o passar do tempo.

Outro achado peculiar correspondeu à dinâmica da ação do trabalho vivo sobre o trabalho morto (MERHY, 2005), produzindo certo efeito na atitude gerencial no processo de trabalho de cada Unidade de Saúde, a partir da atitude de cada profissional.

Estes achados serão mais bem visualizados de acordo com as unidades de registro observadas.

Novamente, não existem fatos significativos que possibilitem afirmar que algum dos elementos constituintes dos perfis dos profissionais (idade, formação, etc.) seja determinante para melhor desempenho no desenvolvimento das competências gerenciais.

5.4.1 Conhecimento

Notadamente, os relatos nas entrevistas foram fiéis à realidade à qual os profissionais estão inseridos.

5.4.1.1 Conhecer os fatores Determinantes do Processo Saúde/Doença

Apesar do tempo da jornada de trabalho dos profissionais do estudo ser massivamente utilizado para atividades técnico-assistenciais e curativas, como relatado nas entrevistas, a prática tende a demonstrar que, mesmo em dias de agenda cheia no consultório, ainda assim eles procuram realizar ações preventivas e educação em saúde, abstraindo do universo estritamente curativista.

Obviamente que os profissionais pesquisados iniciaram sua carreira com base nos conhecimentos adquiridos da graduação e, posteriormente, vão se especializando através de pós-graduações.

Resende (2003, p. 52) afirma que erudição (conhecimento) não significa ser eficiente ou mesmo competente, pelo contrário. Conhecimentos amplos sem habilidade e atitude nunca reverterão em ações gerenciais bem-sucedidas, portanto não trazem benefício ao trabalho realizado.

Todos os profissionais observados tinham pleno conhecimento dos fatores determinantes do processo saúde/doença, mas a visão obliterada do modelo técnico-assistencialista (trabalho morto), em todos os casos, terminou por absorver o trabalho em saúde (trabalho vivo) dos sujeitos da pesquisa. Ou, a rotina de atendimentos na atenção primária, segundo o modelo hegemônico procedimento centrado, faz com que o objetivo do profissional esteja vinculado ao número de procedimentos a ser realizado. Fato percebido nas observações.

Apenas a habilidade e atitude própria do indivíduo fizeram com que todos os indivíduos observados transformassem o sistema aplicado na Unidade de Saúde em algo menos burocrático e mais efetivo.

Assim, o modelo de ação aplicado é o que Mendes (2002) classificou como modelo centrado no atendimento a eventos agudos e crônicos de doenças (bucais no caso), criando um sistema que não satisfaz e não melhora os índices de saúde, e desperdiça recursos por atuar de maneira imediatista, o que Resende (2004, p. 30) qualifica como cultura organizacional negativa.

Nas observações sistematizadas, todos os cirurgiões-dentistas, corriqueiramente, promoviam ações que visavam maximizar, dentro das possibilidades, a escuta privilegiada das necessidades da comunidade e equipe da Saúde e amplificar a associação do conhecimento técnico com a realidade da comunidade.

5.4.1.2 Conhecer a Política Municipal de Saúde

O setor de serviços públicos em saúde brasileiro possui uma arquitetura organizacional e cultura operativa que pouco favorece o estabelecimento de tais competências, ainda, levando-se em consideração que o modelo hegemônico de

atenção valoriza o excesso de tecnologia dura, acaba por viver uma crise de eficiência e eficácia (MERHY, 2005, p. 26) pela insuficiência de resultados.

Apesar dos princípios constitucionais de universalidade, eqüidade, descentralização, integralidade de ações, a cultura organizacional fundamentada na administração burocrática se encontra em transformação para um modelo gerencial de resultado (SILVA, 2005), cujos gerentes locais (MERHY, 2006) nesta cadeia descentralizada na atenção primária são os profissionais da Saúde, no caso deste estudo, os cirurgiões-dentistas.

Contudo, esta nova forma de gerenciamento por resultados do gestor governo cria uma pressão sobre o gestor local (cirurgião-dentista) que, invariavelmente, o induz a valorizar a atenção baseada no número de procedimentos e pacientes clinicamente atendidos, rompendo com o objetivo primordial da atenção primária, a defesa pela vida (CAMPOS, 2006), base do Pacto pela Saúde 2006 (BRASIL, 2006).

"[...] nunca trabalhei tanto e produzi tão pouco [...]" (OSCAR).

O resultado é o que Campos (2006, p. 230) relata, ao afirmar que a burocratização, disputas pelo poder, acomodação inercial dos trabalhadores do setor estatal diminuem a capacidade dos serviços de saúde em produzir qualidade de vida.

Novamente, o trabalho morto e a concepção histórica do ser cirurgião-dentista, associado à falta de motivação neste ambiente organizacional (SUS) faz o trabalhador reproduzir o modelo de atenção hegemônico.

5.4.1.3 Conhecer os Programas Focais Executados no Município

Mais uma vez, a inércia burocrática e a elevada demanda associada à jornada de trabalho de três horas diárias dificultam a adesão do trabalhador da Saúde ao modelo usuário–centrado, citado por Merhy (2006). Faz aparecer nas observações, ao revelar o excesso de programas focais verticalizados, que sobrecarregam o cirurgião-dentista nas suas atribuições diárias, e criam obstáculos a iniciativas locais de gerenciamento da atenção a pacientes com condições

especiais, ou mesmo à modalidades de agendamento e marcação centrados na necessidade da comunidade e não nas necessidades de padronização do gestor governo.

Todos os cirurgiões-dentistas possuíam rotinas de agendamento diferentes entre si, e interpretações diferentes da realidade de sua Unidade de Saúde, obviamente, respeitando características locais de cada Unidade de Saúde, o que revela algum fator que modificou a práxis do momento do pensamento filosófico, comum a todos (segundo os programas e protocolos institucionais) e a transformação em ato de trabalho.

Adiante, será visto como as habilidades e as atitudes influenciaram.

5.4.1.4 Conhecer o Modelo de Atenção à Saúde Preconizada pelo Município

Outra vez, os relatos colhidos nas entrevistas conferem com a realidade observada quanto à adoção do modelo técnico-centrado. Entretanto, deve-se lembrar que se a Secretaria Municipal de Saúde usa um sistema organizacional de ação burocrática procedimento-centrado. É apenas um reflexo do SUS e das políticas federais de saúde na questão do financiamento e gestão de recursos, além do que diz Mendes (2002) sobre a cultura assistencialista, presente, filosoficamente, entre os três atores (governo, trabalhador e usuário), que valoriza o modelo biomédico na cura de eventos agudos de doenças.

No entanto, alguns profissionais desenvolveram pequenas alterações, de acordo com as necessidades mais urgentes da comunidade, e assumiram estas modificações perante o gestor governo, que, normalmente, permite, desde que não prejudique o “mantra” assistencial.

As ações mais comuns foram as atividades nas escolas, creches e programas focais já determinados pelo gestor governo.

Reitera-se que todas as medidas e tomadas de decisão próprias dos cirurgiões-dentistas, que modificaram ou ampliaram a capacidade estrutural e organizacional da Unidade de Saúde, não significaram uma mudança radical do trabalho em saúde, mas implicou em exercitar suas competências na gerência da saúde local (como gestor local), e responder a dados obtidos em ações de vigilância em saúde, promovendo atendimento mais humanizado e ágil possível.

Como traduz bem sobre a questão de recursos humanos, Campos (2006) diz que:

> Não há o médico (profissional da Saúde) em si: nem para o bem, nem para o mal. Os trabalhadores de saúde são produtos do sistema de relações em que estão mergulhados, mas são, ao mesmo tempo, produtores deste mesmo sistema (CAMPOS, 2006, p. 241).

Franco & Merhy (2006, p. 121) citam que há mudança do modelo assistencial, a partir da reorganização do processo de trabalho de todos os profissionais da Saúde, no sentido de passarem a ter seu trabalho determinado pelo uso de tecnologias leves, que operam em relações intercessoras entre trabalhador-usuário.

Essas tecnologias leves são representadas pelo: acolhimento; escuta qualificada do paciente e/ou comunidade; compromisso de resolver o problema de saúde; criatividade posta a serviço do outro; e a capacidade de estabelecer vínculo.

Mesmo assentindo na decisão do gerente governo na valorização do assistencialismo curativo, esta escuta qualificada e a vigilância pessoal em saúde permitem ao profissional detectar e imprimir ações que elege como prioridades, tais como a educação em saúde.

5.4.1.5 Conhecer os Elementos Constitutivos do Processo de Trabalho em Saúde e na Odontologia nos diversos Níveis de Complexidade no SUS

O fato de existirem microestruturas organizacionais nas Unidades de Saúde, gerenciadas localmente, que não funcionam em rígido acordo com o gerente governo, significa que os cirurgiões-dentistas, aparentemente, estão aprendendo e superando o modelo de intervenção estatal profundamente restritivo e burocratizado, muitos dos quais devedores de uma longa tradição médico-sanitária, buscando uma verdadeira integração do que há de melhor na saúde pública no país, na construção de um modo de se fazer saúde de forma pública e para o público (MERHY, 2006, p. 15). Porém, estas mudanças são tímidas diante do discurso obtido nas entrevistas.

Mendes (2002, p.82) propõe, macropoliticamente, uma liderança forte desse processo por parte do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde, com grande incremento das capacidades estruturais nos próximos anos.

Mas, as ações locais dos profissionais estudados podem indicar o que Merhy, (2003, p.17) antevê: a necessidade de um construto, baseado entre os três atores do processo de trabalho, governo, trabalhador e usuário.

Recentemente, o próprio Merhy (2006, p. 72) afirma que a mudança do modo de se produzir saúde no Brasil é uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores da Saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde.

Contrapondo-se ao discurso de Mendes, Merhy (2006, p. 72) ainda completa: “Caso contrário, os enormes esforços de reformas macroestruturais e organizacionais nas quais temos metido, não servirão para quase nada”.

Aqui, observa-se que, essencialmente, os profissionais não avançam muito além das determinações dos protocolos, salvo em situações em que atitudes éticas e legais os impelem a usar habilidades para obter maior efetividade no restabelecimento da qualidade de vida do seu paciente.

Mas a regra geral é o uso intensivo de medidas burocráticas no gerenciamento de insumos e manutenção do consultório, adequação de programas verticais e ainda centralização nas especialidades oferecidas pelo Centro de Especialidades Odontológicas.

Aqui, também se confirma que as estratégias traçadas nas entrevistas normalmente não são efetivadas por completo.

5.4.2 Habilidades

Aqui temos a dimensão que Resende (2003) destaca como elemento-chave para a transmutação da teoria em prática, pois dependerá de como o trabalhador desenvolve as tecnologias leves na transformação do trabalho morto (consultório, protocolos, etc.) pelo ato do cuidado à saúde (trabalho vivo) e desempenhar efetivamente o seu papel como cirurgião-dentista.

5.4.2.1 Saber Identificar Problemas, Necessidades, Nós Críticos

Notadamente, como visto nas concepções dos profissionais, há profusão de problemas identificados, o que realmente correspondeu à realidade nas unidades visitadas e à realidade coletiva no modo de trabalho na Odontologia em Itajaí.

Mas resta saber a atitude destes profissionais diante da identificação destes nós críticos.

Alguns destes nós críticos são observáveis através do cotidiano, mas alguns dos problemas na atenção primária são e foram obtidos através da escuta privilegiada do profissional com a comunidade ou sua equipe.

Particularmente, alguns desenvolveram mais esta *expertise* que outros, possibilitando melhor utilização das tecnologias (MERHY, 2006) disponíveis para realizar seu trabalho.

Fato comum observado é o alcance das decisões que cada profissional possui para planejar, o que normalmente fica fora de seu alcance ou, mais precisamente, de sua autonomia.

Os nós observados possuem direta relação com o engessamento do cirurgião-dentista na atenção primária em tomar e efetuar decisões pertinentes à sua realidade.

5.4.2.2 Saber Estabelecer Prioridades e Traçar Estratégias

Nesta subcategoria, observou-se um dos pontos de maior convergência, onde Campos (2006) relata a necessidade de mais autonomia para os profissionais da atenção primária em definir e traçar estratégias.

Como observado no capítulo anterior, a aplicação do planejamento sempre foi o maior obstáculo no trabalho dos profissionais pesquisados.

Todos, neste item, também propuseram prioridades e estratégias. Todavia, estas não, necessariamente, ultrapassaram a teoria. Na prática, programar estas estratégias implica em alterar a organização institucional, o que nem sempre é de fácil emprego, ou possível.

Evidentemente, neste grupo, foram identificados indivíduos que desempenharam melhor seu papel de gestor local, segunda denominação derivada de Merhy (2006), em comparação com o termo gestor governo.

Notadamente, os profissionais que possuíam mais envolvimento com os demais na Unidade de Saúde e mais afinidade com a comunidade, em seu curto período de trabalho, eram bem sucedidos em estabelecer prioridades e estabelecer estratégias, mesmo assim de efeito limitado.

Porém, como objetos produzidos pelo mercado, pelas políticas governamentais, pelo saber estruturado em disciplinas, pelas leis e pelos valores culturais de cada época tendem a sofrer passivamente os efeitos do sistema de relações em que estão mergulhados, e, às vezes, refletem momentos alienados, tornando-se mais coisas que agentes de seus próprios destinos (CAMPOS, 2006, p. 242).

No entanto, os que participam da construção dos saberes de seu campo influenciam políticas (CAMPOS, 2006, p. 242), porém não sem mais luta e empenho pessoal.

5.4.2.3 Saber Organizar seu Processo de Trabalho na Atenção Primária

Como visto nas entrevistas, todos os cirurgiões-dentistas observados realmente adequaram a sua rotina de acordo com seus conhecimentos e habilidades, criando, até mesmo, diferenças entre dois colegas da mesma Unidade de Saúde que trabalhavam em turnos diferentes.

Infelizmente, não observamos o cirurgião-dentista de outro turno, mas, efetivamente, as decisões são tomadas e implementadas de acordo com conhecimentos, porém, muito mais determinante foi a habilidade em aplicá-los.

Evidenciou-se o uso da articulação com a equipe da Saúde da unidade básica como tecnologia leve desenvolvida, criando espaço para pequenas alterações no cotidiano do trabalho de auxiliares de enfermagem para que fornecessem apoio ao cirurgião-dentista; ou, mesmo, como orientar as agentes de Saúde da equipe do PSF para realizar uma busca ativa; ou, ainda, determinar promoção em saúde com a equipe do PSF.

Este trabalho interdisciplinar e integralidade de ações foram decisivos na execução de tais mudanças da rotina do trabalho.

Exemplo prático foi à intervenção de um cirurgião-dentista no agendamento de um atendimento destinado ao Centro de Especialidade Odontológica (CEO), poupando o paciente de uma espera de três semanas, ao negociar uma emergência fora do protocolo estabelecido na rede municipal de saúde.

5.4.2.4 Saber Intervir na Organização da Estrutura Físico-funcional e Organizacional da Unidade de Saúde

Apesar de não ser citada pelos cirurgiões-dentistas, esta unidade de registro é conseqüência dos itens anteriores, pois estes profissionais, normalmente, provocaram pequenas mudanças no seu cotidiano, contribuindo para agilidade na assistência aos usuários.

Infelizmente, os casos em que tais mudanças não são apoiadas pelo gestor governo e retrocedem na prática na Unidade de Saúde, a tônica é persistir no melhor caminho para o serviço.

Como Campos (2006, p. 242) cita; “[...] os trabalhadores da saúde operam com relativo grau de autonomia, apesar dos constrangimentos a que estão sempre submetidos”.

Novamente, a dimensão habilidade foi decisiva, ao olhar deste observador, pois os registros de observação relatam mais atividade interdisciplinar com os demais membros da equipe do que com os que não desenvolveram bem suas competências gerenciais.

O segredo, ao analisar situações reais, é olhar e analisar cada situação na sua singularidade, na maneira como os atores procuram construir o mundo para si e como jogam com os outros (MERHY, 2003, p. 18).

O trabalhador da Saúde que conseguir desenvolver este sentido apurado da realidade dos acontecimentos será bem sucedido, trabalhando sobre este núcleo comum, e, se souber matriciá-lo com ações em saúde, pode criar muitas situações para operar o encontro com o mundo das necessidades favoráveis, no sentido de

produzir encontros positivos entre lógicas de agir tecnológico e as lógicas dos usuários (MERHY, 2003, p. 23) e as lógicas dos gestores governo.

5.4.2.5 Saber Implementar as Normas de Biossegurança

Todas as informações colhidas nas entrevistas correspondem à dinâmica real e diária da criatividade, não somente do cirurgião-dentista, mas de toda a equipe em se adaptar a condições de trabalho que, normalmente, impediriam ou inviabilizariam o atendimento.

Campos (2006), citando a necessidade de trabalhar em saúde, objetivando o usuário e o direito à vida, demonstra, acertadamente, o nosso exemplo na superação de uma equipe operar em três turnos com dois jogos de instrumentais, ou do profissional necessitar realizar pessoalmente a limpeza e organização do consultório, além de todo o atendimento clínico ao paciente.

A cultura organizacional de cada Unidade de Saúde imprime aos profissionais da enfermagem absorver tarefas como esterilização, lavagem de material e desinfecção, porque não dispõem de auxiliares de consultório dentário para os auxiliar, sacrificando este grupo, e desviando-os de outras tarefas próprias da enfermagem.

5.4.2.6 Saber Articular o Trabalho em Grupo da Equipe Saúde da Família

Mais um item não relatado, porém essencial para a prática do trabalho em saúde do cirurgião-dentista. Graças à capacidade de articulação do trabalho com o grupo de PSF é que o profissional conseguiu dinamizar sua rotina, agilizar o atendimento e garantir adesão do paciente ao tratamento.

Creio que esta é uma ferramenta fundamental (tecnologia leve) para a eficácia da qualidade de vida do usuário. O desenvolvimento e partilha de saberes institucionais valorizam a equipe e fortalecem o vínculo com o usuário e os trabalhadores da Saúde.

Porém, destaca-se a ausência da subcategoria Trabalho Interdisciplinar em Saúde nas entrevistas, sugerindo que os próprios trabalhadores não o institucionalizaram como ferramenta, mas aplicam como parte do senso comum a todo tipo de trabalho, cujas relações sociais são imprescindíveis para alcançar o objetivo de promover saúde.

O que Merhy (2006, p. 14) conceitua de “olhar coletivo analisador”, capaz de interrogar o sentido efetivo das ações de saúde, a partir de interesses orientados e comprometidos com um modelo de atenção à saúde, que se paute na criação de relações de responsabilidades e compromissos com a defesa da vida.

É o que Resende (2004, p. 94) qualifica em Gestão do Clima Organizacional, ou seja, é a capacidade de manter a equipe sempre em contato e se auto-avaliando para elevar o desempenho organizacional.

No consultório, o cirurgião-dentista é o único profissional da Saúde presente no atendimento, sem mesmo a presença de uma auxiliar de consultório dentário, o que prejudica seu rendimento e eficiência.

Como ele se apropria desta *mais-valia* (Marx, 1985) do trabalho destes outros componentes que não pertencem à sua cadeia administrativa?

Institucionalmente, existe a determinação dos membros desta equipe para dividir tarefas substitutivas dos membros de uma equipe da Saúde entre si, então o profissional se encontra no encargo de reorganizar a estrutura oferecida de acordo com as possibilidades para seu trabalho em saúde bucal.

A habilidade em lidar com as relações sociais entre membros de uma equipe da Saúde, mesmo que esta não seja uma equipe da Saúde bucal (caso de Itajaí), de valorizar os saberes, compartilhar conhecimentos e, até mesmo, procurar dividir o mesmo espaço como membro atuante desta, influenciou decisivamente no desenvolvimento de sistemas particulares ao profissional que melhor aproveitasse a estrutura oferecida na Unidade de Saúde e nos seus recursos humanos.

Portanto, foi importantíssimo utilizar as relações intersetoriais do trabalho em saúde para valorizar o espaço e a estrutura organizacional da equipe, ao que todos os entrevistados realizaram em maior ou menor grau, mas não deixando de estabelecer sua influência na estrutura e dinâmica da Unidade de Saúde e equipe.

Mesmo com todas essas demonstrações, tímidas ou não, do uso de tecnologias leves no processo de trabalho, e a valorização do trabalho vivo no cotidiano, o cirurgião-dentista convive, na maior parte de sua jornada de trabalho,

com o seu objetivo primário ainda centrado na recuperação de danos, ou seja, ainda centrado no atendimento fragmentado do usuário.

5.4.2.7 Saber Ouvir e Negociar

O que Resende (2004, p. 97) conceitua de Gestão de Comunicações e Relações, baseado no fato de que a comunicação é um dos maiores problemas de qualquer organização, é a eliminação de feudos, panelinhas e outras formas de relações excludentes que afetam o bom andamento de uma organização (RESENDE, 2004, p. 100), também ignorado nas respostas no questionário como ferramenta institucional pelos cirurgiões-dentistas, mas em constante aplicação, principalmente, quando cada cirurgião-dentista tem de discutir problemas relacionados ao cotidiano na Unidade de Saúde e no relacionamento do restante da equipe.

Aparentemente, nas observações, os profissionais que são bem sucedidos em manter linhas de comunicação com toda a equipe e os usuários, e mantém uma relação franca com o gestor governo, conseguem diagnosticar e resolver problemas organizacionais com mais presteza e adesão natural da equipe às suas idéias.

5.4.2.8 Saber Conduzir o Processo de Trabalho em Saúde na Odontologia nos Diversos Níveis de Complexidade no SUS

Neste item, mais do que nunca, foi um dos exemplos de como o trabalho morto englobou o trabalho vivo pelo excesso de burocratização, praticamente nenhum cirurgião-dentista conseguiu acompanhar seus pacientes após o encaminhamento para o nível secundário de atenção à saúde, somente tendo contato quando o paciente retornava com a contra-referência. O que também demonstraram falhas.

A dificuldade de contornar o agendamento realizado pela central gera transtornos que exigem atitude do profissional diante da burocracia, e defender o direito do paciente ao atendimento, como diz o gestor governo.

Apesar dos protocolos de referenciamento à média e alta complexidade estarem bem sedimentados na cultura organizacional na gestão governo, a atitude do gestor local em realizar o encaminhamento e como acompanha a situação deste paciente nos fluxos pela rede municipal de saúde pode agilizar o atendimento e retorno à atenção primária.

Alguns profissionais realizam o protocolo, mas outros conseguem acompanhar o paciente através de busca ativa, diretamente ao Centro Especializado de Odontologia (CEO), ou abreviar a espera, ao se comunicar com o colega especialista ou com o Coordenador do CEO, argumentando a necessidade de "encaixes" ou "emergências".

Realmente, todos os cirurgiões-dentistas que desenvolveram atitudes empreendedoras, ao abrir novos espaços na cadeia organizacional burocrática governamental, estabelecem uma rede de relações institucionais e são mais bem sucedidos em seu objetivo, que são ações visando à cura.

Campos (2006) diz que:

> O trabalho em saúde para ser eficaz e resolutivo dependerá sempre de certo coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis pelas ações clínicas ou de saúde pública (CAMPOS, 2006, p. 230).

.

A autonomia e o desembaraço nas relações com a equipe da Saúde da Unidade Básica de Saúde também desencadeia conseqüências favoráveis no trabalho em saúde do cirurgião-dentista, como verificado nas observações.

5.4.3 Atitudes

Seguindo o padrão das entrevistas, sugere-se que a dimensão atitude realmente seja o grande catalisador da interação conhecimento e habilidade, fechando a tríade elemental das competências gerenciais.

5.4.3.1 Aplicar a Tomada de Decisão com Base nos Princípios Éticos e Legais

Como usar a atitude como ferramenta para seguir decisões éticas e legais no nosso cotidiano, quando, diariamente, nos deparamos com uma estrutura fragmentada e relações sociais, humanas e trabalhistas fragilizadas?

Novamente, Campos (2006, p. 250), cita o conceito de eficiência e eficácia pelo direito à vida, como eixo estruturante das práticas de saúde, como opção à motivação filosófica da administração gerencial em serviços de saúde, que, atualmente, centrada na gestão por resultados, nem sempre é resolutivo, além de reduzir a atenção à saúde em uma lista de procedimentos realizados.

A defesa da vida deveria ser um traço distintivo dos serviços de saúde. Uma marca que distinguisse dos estabelecimentos de comércio, de educação ou mesmo da área política. A especificidade, a diferença que mais marcasse ou que mais esclarecesse sobre a identidade dos profissionais da Saúde (CAMPOS, 2006, p. 253).

Porém, o modelo tecno-assistencial, procedimento centrado, cobra um preço na disponibilidade do cirurgião-dentista em desenvolver mais competências gerenciais. O excesso de medidas regulamentadoras e burocráticas do gestor governo dificulta a produção de saúde pelo cirurgião-dentista que, em seu papel de gestor local, vive a dubiedade de reproduzir o sistema ou manter a atenção centrada na qualidade de vida e no usuário e família.

O que ocorreu nas observações nos permite citar que os cirurgiões-dentistas optam por manter o uso da sistematização governamental, resguardando sua rede de relações para eventos que são emergenciais.

A gestão baseada em resultados cobra uma vigilância do gestor governo nas já citadas medidas procedimento centradas, tornando o financiamento do SUS um dos “nós” críticos do sistema, cujo reflexo é a necessidade de racionalização, otimização e mais competência de todos os atores sociais, impelindo o Ministério da Saúde à medidas gerenciais baseadas em eficiência e resultados (CARDOSO, 2006, p. 82), o que provoca repercussões nefastas de duas necessidades que possuem dois objetivos distintos: a primeira, na valorização do sistema burocratizado, e a segunda, na necessidade de realizar ações em defesa da vida (CAMPOS, 2006).

Por isso, é cada vez mais importante a absorção dos princípios gerenciais e aplicação na prática, pois os mais competentes gerencialmente seriam capazes de desenvolver micropolíticas de saúde adequadas à população adscrita.

A população cada vez mais com poder e as classes profissionais mais atentas aos novos rumos no Sistema Único de Saúde fomentam uma massa crítica na consolidação da atenção à saúde pública.

Merhy (2006) complementa:

> Para nós, está na hora de ousarmos a ruptura com certos paradigmas dos quais somos herdeiros, não no sentido de aceitar as lógicas do mercado na saúde e nem as médico-privatistas, mas no sentido de superar os modelos de intervenções estatais, profundamente restritivos e burocratizados, muitos dos quais devedores de uma longa tradição médico-sanitária, e partirmos para a busca de uma verdadeira integração do que há de melhor na medicina e na saúde pública brasileira, na construção de um modo de se fazer saúde de forma pública e para o público, nos vários estabelecimentos existentes no país (MERHY, 2006).

5.4.3.2 Respeitar e Acolher a População do Município

Mais uma vez, a teoria exposta nas respostas das entrevistas segue nas observações das competências gerenciais desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas na atenção primária.

Mesmo com a jornada de trabalho de três horas diárias, ainda assim foi possível identificar profissionais que conseguem estabelecer vínculo com a comunidade e manter uma escuta privilegiada da comunidade.

Os cirurgiões-dentistas que mais agregaram valor humano em suas intervenções conseguiram vínculo, confiança e, quiçá, agregar valor à cultura popular que “o dentista não é tão ruim assim” como afirmou uma paciente que retornava, após seis meses, sem queixa de processo agudo ou crônico.

O desenvolvimento de tecnologias leves é essencial para alcançar os objetivos na assistência em saúde na atenção primária, apesar dos inúmeros obstáculos vistos e relatados.

5.4.3.3 Valorizar os Processos Educativos com a Família e Comunidade

Aqui, observa-se nas respostas que a concepção de prevenção ainda se mistura com promoção em saúde, e pior, atividades de educação em saúde fragmentadas ao indivíduo.

Outro exemplo é a atitude de lutar por espaço na agenda, como grande parte dos cirurgiões-dentistas vai além da argumentação com o gestor governo e com a comunidade.

Mudar concepções culturais, como demonstrado por Mendes (2002), são extremamente difíceis e requerem persistência.

Confirmando o que foi relatado nas entrevistas, a educação em saúde está restrita ao indivíduo, e massificada (trabalho morto na educação?) por meio de palestras, onde o saber não é compartilhado e totalmente verticalizado, e quando não se resume a um vídeo, e às tradicionais escovações, que não criam mais aderência ao processo educacional.

Mas, um profissional demonstrou que a persistência e a freqüência das ações de educação podem fazer diferença ao disponibilizar vagas, realizar exames em todas as crianças, valorizar a sua ausência na Unidade de Saúde com a comunidade e a escola, pela ausência das crianças na aula.

5.4.3.4 Preservar a Aplicação das Normas de Biossegurança do SUS

Seguindo o raciocínio desenvolvido na dimensão habilidade, ao se considerar a atitude como sinônimo de vontade e perseverança, obteve-se o que os profissionais enfrentam com estrutura em condições questionáveis, serviços de manutenção sofríveis e a necessidade de realizar procedimentos que visem à saúde.

Infelizmente, não é somente neste município que se poderia melhorar as condições de biossegurança, mas, diante da realidade do SUS, pode-se afirmar que as unidades visitadas estão em boas condições, graças à gestão do cirurgião-dentista e equipe da Unidade de Saúde, que mantêm equipamentos, esterilização e

infra-estrutura em condições de uso, reflexo da inexorável necessidade de manter relações interdisciplinares e senso de equipe em alta.

5.4.3.5 Comprometer-se com a Integração da Equipe Multidisciplinar de Saúde em sua Unidade de Saúde e Ser Comunicativo e Interativo com a Equipe de Trabalho

Todos, unanimemente, relataram buscar esta interdisciplinaridade com toda a equipe, principalmente exercendo tecnologias leves, como estar sempre aberto ao diálogo e procurar manter uma atitude positiva para conseguir adesão dos colegas de Unidade de Saúde e sanar seus problemas com estrutura e pessoal, pois em Odontologia só existe o cirurgião-dentista como equipe na atenção primária.

Trabalhar com redes institucionais e exercer a interdisciplinaridade, na observação e entrevista realizada, advém mais da necessidade pessoal do cirurgião-dentista de desenvolver no trabalho em saúde do que de uma planificação ou medidas gerenciais da atenção primária no município.

Esta necessidade, novamente, é fundamentada pelo compromisso e capacidade individual de empreendimento (atitude) do profissional em uma rede de procedimentos burocráticos que é o SUS.

Apesar de Vieira (2005), citando Cohn (apud, VIEIRA, 1992, p. 102) e Merhy (apud VIEIRA, 1994, p. 102), afirmar que o grave aspecto da crise sanitária brasileira se deve ao estilo de ser do trabalhador e de produzir ações de saúde, que, devido à precarização das relações de trabalho, seria responsável pela postura “descomprometida” em relação ao outro: profissional e/ou paciente.

Baldani (2005) reafirma a dificuldade do cirurgião-dentista inserido no PSF (atenção primária) em realizar ações interdisciplinares, também, afirmando sobre a parcela de responsabilidade do próprio profissional em desenvolver tais competências. Contudo, coloca a precarização das relações de trabalho e a baixa remuneração como fatores principais do desinteresse em desenvolver a interdisciplinaridade.

O próprio Merhy (2006) confere com as observações, que mais envolvimento se cristaliza com o uso das tecnologias leves por profissionais que possuem formação tecnicista (tecnologias duras), e que, por um comprometimento pela vida,

(CAMPOS, 2006) buscam medidas e instrumentos para alavancar a atenção primária, não pelo comprometimento com o gestor governo ou o Estado, mas pelo compromisso firmado com o usuário.

A medida deste discurso confirma a tentativa anterior de justificar os pobres resultados dos trabalhadores da Saúde, ao culpabilizá-los pela ineficiência de um sistema centrado na atenção de quadros agudos, biomédico e hospitalocêntrico, quando Merhy (2006) e Campos (2006), atualmente, centram nos recursos humanos a grande esperança de consolidação do SUS.

Serviços odontológicos perdem muito em eficácia, quando são prestados em moldes tradicionais, ou seja, proporcionando cuidados curativos por livre demanda a problemas já instalados (PINTO, 1989, p. 513), como os cirurgiões-dentistas do estudo que trabalham apenas três horas por dia e complementam seu dia útil em atividades no próprio consultório particular, no qual aplicam sua função empreendedora, essencial na atividade liberal, e, eventualmente, transportam esta *expertise* para a prática no SUS. Hipótese que merece ser estudada em outro trabalho.

5.4.3.6 Valorizar o Trabalho em Saúde como Eixo Norteador de sua Profissão

Certamente, a concepção mais forte de identificação do cirurgião-dentista foi com seu histórico de assistência curativa, reparadora de lesões, e reabilitadora da função estomatognática.

Entretanto, por todos os enunciados anteriores de defesa da vida, ética, luta pela eficiência e o desenvolvimento diário de competências, que vão além do ato do cuidado à saúde, em todos os momentos, e com todas as limitações dos profissionais do grupo de amostra do município, foi possível esta unidade de registro pela atitude observada de manter o objetivo que Campos (2006) apresenta para todo profissional da Saúde: restabelecer a qualidade de vida ao usuário. Subcategoria que não foi citada, nem propagada pelos profissionais.

5.4.3.7 Sentir-se Co-responsável pela Saúde do Cidadão em seu Estado e Município

Subcategoria não desenvolvida nas entrevistas, mas presente em todas as observações, pois a essência do produzir saúde através do ato de trabalho vivo, despendendo conhecimentos, habilidades e atitudes, em um processo absolutamente subjetivo, aliado à capacidades técnicas, cujo resultado ou objeto produzido é a própria saúde, certamente exige uma dedicação e entrega ao próximo semelhante aos primeiros cuidadores de eras passadas.

Portanto, não foi referenciada nas entrevistas por já estar agregado naturalmente ao trabalho em saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo das competências gerenciais do cirurgião-dentista procurou esclarecer o universo das competências gerenciais na atenção primária no SUS em Itajaí, na tentativa de somar experiências com outras regiões e contribuir com a consolidação do SUS.

Assim, confirma os achados de Aerts *et al* (2004) da necessidade de estudar exaustivamente o papel do cirurgião-dentista no SUS, e reafirmar o desenvolvimento de atitudes para potencializar a atuação da equipe da Saúde à qual faz parte.

Concorda-se com Silva (2005) e Cruz (2005) sobre a urgência do desenvolvimento destas competências gerenciais nos cirurgiões-dentistas, e a necessidade de mais estudos que consolidem suas observações e hipóteses de maneira permanente, pois o trabalho é dinâmico e as relações sociais mudam constantemente.

Fica confirmado o terrível isolamento organizacional no trabalho em Odontologia, repercutindo negativamente no fazer saúde e no propósito de tratar o ser humano em sua integralidade, reflexo da extrema especialização e fragmentação do trabalho do cirurgião-dentista.

Constatou-se que os cirurgiões-dentistas da atenção primária em Itajaí, participantes desta pesquisa, mantêm a prática do modelo técnico-assistencialista de atenção à saúde reproduzido no SUS como forma hegemônica de tratar processos de atenção à saúde, mas, com sinais de modificação deste quadro, através do desenvolvimento de novas tecnologias organizacionais (tecnologias leves), e no aprimoramento das habilidades e na valorização das atitudes favoráveis a um modelo usuário-centrado (MERHY, 2006), que valorize o direito à vida como princípio ético e legal (CAMPOS, 2006).

Constatou-se o estabelecimento de micropolíticas locais de saúde nas Unidades de Saúde, como descrito por Merhy (2006) e Campos (2006), desenvolvidas pela captura do trabalho morto (políticas de saúde municipais) pelo trabalho vivo (competências gerenciais), guiadas pelas habilidades e atitudes profissionais e pessoais dos trabalhadores da Saúde e o cirurgião-dentista, com o uso de tecnologias leves (escuta qualificada, gestão de pessoas, planejamento

estratégico) e vontade de empreender, objetivando alcançar a qualidade de vida do usuário do SUS.

Ainda, confirma-se o que Merhy e Campos discorrem sobre a necessidade de mais autonomia aos profissionais da atenção primária na gerência de necessidades, prioridades, estratégias e aplicação de modelos de saúde adequados à sua realidade local e mais desenvoltura destes profissionais na busca pelo seu dever de cidadão participante de todos os processos político-decisórios do SUS.

Entretanto, identificou-se a necessidade dos atores envolvidos no processo de trabalho considerar a presença de fatores adversos, diretamente ligados aos próprios serviços odontológicos. Como afirma Pinto, não basta possuir serviços odontológicos em quantidade suficiente e razoavelmente bem distribuídos, é preciso, também, que estejam corretamente organizados e que possuam fontes de financiamento sólidas e perenes para que, de fato, beneficiem a população (PINTO, 1989, p. 513).

É preciso que os profissionais assumam posição nas discussões relacionadas ao plano de cargos, carreiras e salários no sentido de fortalecer todos os profissionais da Saúde na discussão da consolidação do SUS, pelo empoderamento destes nas relações trabalhistas com o governo.

Campos (2006, p. 238) retrata perfeitamente esta situação:

> O dinheiro fala, explica e convence. Mentalidades são destruídas e formadas conforme os modos de circulação e de distribuição do dinheiro. Isso é verdadeiro tanto para pessoas mergulhadas em situações típicas de mercado, quanto para outras vinculadas a instituições teoricamente antagônicas à racionalidade do lucro (CAMPOS, 2006, p. 238).

É inegável respeitar os saberes e experiências individuais de cada profissional no desenvolvimento de seu sistema microdecisório na atenção primária, e incentivar mais autonomia deste gestor local e da equipe da Saúde.

Aparentemente, a simplicidade das decisões gerenciais aplicadas na atenção primária por estes profissionais valorizou a adesão da equipe ao modo de produção humanizada e à saúde do usuário e da família, em contraste com complexos protocolos de gerenciamento da gestão governo, que limitam a autonomia da consolidação de sistemas microdecisórios de construção local mais adequados à realidade da Unidade de Saúde.

Mesmo não apresentando conhecimentos amplos sobre o processo de trabalho institucionalizado pela portaria 648 do Ministério da Saúde, as dimensões conhecimento, habilidade e atitudes, aparentemente, foram desenvolvidas ao máximo pelos profissionais, aplicando os saberes e valores da prática na atenção primária baseadas na ética e na lei.

Mesmo com a presença do Pólo de Capacitação na Univali, este, não foi citado, em momento algum, como decisivo ou importante para a prática na rede municipal de saúde.

Ainda assim, urge a valorização da Educação Permanente como fomento a estes profissionais na atenção primária. Todavia, sugere-se a necessidade de rever a tendência da massificação de modelos de atenção prontos, extraídos de outras realidades, em detrimento da capacitação e estímulo ao desenvolvimento autônomo do cirurgião-dentista e equipe, como unidade de transformação, e não de enxerto de medidas centralizadoras de pensamento.

A particularidade da rede de microrrelações sociais desenvolvidas por cada profissional, na busca por desenvolver e aprimorar seu trabalho na atenção primária, merece ser destaque como prova da capacidade de empreender em um sistema organizacional, que não estimula a produção de tecnologias leves e a valorização do trabalho vivo.

Quanto às competências gerenciais, o mais evidente achado deste estudo é a necessidade de que mais cirurgiões-dentistas adquiram conhecimento, habilidades e atitudes, distintos através da apreensão de tecnologias leves e da execução do trabalho vivo, não como um ato em saúde espontâneo e inconsciente, mas como expressão do saber-fazer/promover a qualidade de vida, o que, necessariamente, não envolve a escolha da cor da resina para uma restauração, mas escolhas de diferentes magnitudes, que possam modificar a cartografia de seu trabalho no SUS, reescrevendo uma nova história na saúde, junto com os outros profissionais.

Os conflitos e tensões entre os cirurgiões-dentista e o gestor governo foram extremamente evidentes e fortemente negativos ao processo de trabalho na atenção primária. Nenhum profissional deste estudo deixou de citar a dificuldade de relacionamento profissional com a gestão existente, a ponto de obliterar dificuldades enfrentadas com infra-estrutura ou a comunidade.

Estas tensões merecem ser mais bem compreendidas e solucionadas, à luz de outros trabalhos sobre gerenciamento, pois os conflitos intersetoriais contribuem decisivamente para a perda de tempo e recursos no trabalho em saúde.

O processo de trabalho em saúde deve ser um construto de toda a equipe da Saúde à que pertença o cirurgião-dentista, quebrando este isolamento secular da Odontologia com as demais atividades em saúde.

Este estudo pretendeu seguir o caminho de outros na discussão do processo de trabalho e competências gerenciais dos cirurgiões-dentistas, iluminando, coletivamente, o espaço para outros profissionais se desenvolverem além do espaço físico do consultório odontológico, e desbravarem o estudo do processo de trabalho em saúde como forma de promover a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Os objetivos foram alcançados. Ao se analisar as competências gerenciais desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas, verificaram-se as concepções dos profissionais e a práxis desenvolvida no processo de trabalho na atenção básica.

Como cada Unidade de Saúde possui dinâmicas diferenciadas, sugere-se que os gestores favoreçam os saberes e culturas organizacionais locais e que também promovam uma escuta privilegiada de seus gestores locais, que são os profissionais da Saúde.

Portanto, ações de Educação Permanente massificadas podem não surtir efeito esperado, pois reduzem as realidades de cada profissional a um modelo inadequado, causando baixa adesão aos programas pretendidos pela Secretaria de Saúde Municipal.

Concluindo, este estudo procurou abordar, ao máximo, o desenvolvimento das competências gerenciais do cirurgião-dentista na atenção primária, objetivando colaborar com a consolidação do SUS e com o desenvolvimento da prática nas Unidades de Saúde do município de Itajaí.

Sugere-se, ainda, que este tema permaneça em constante estudo por outros profissionais da Saúde, como forma de empoderamento e participação do trabalhador no SUS.

REFERÊNCIAS

AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O Papel do Cirurgião-Dentista no Sistema Único de Saúde, **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(1):131-138, 2004

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PRÓTESE DENTÁRIA. História da Odontologia. Disponível em: http://www.abpd.hpg.ig.com.br/hit1.htm acessado em 12 de maio de 2006.

ABENO, Relatório da 40ª Reunião Anual e 31ºEncontro dos Dirigentes de Faculdades de Odontologia, Revista da ABENO,vol.06, nº01, 89-95, 2005.

BALDANI, M. H. *et al,* A inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):1026-1035, jul-ago, 2005

BAPTISTA, T. V. F., O Direito à Saúde no Brasil: Sobre como Chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que Esperamos Dele. In: SILVA, A. L. A., *et* al. Políticas de Saúde, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005.

BENITO, G. A. V. Concepção de um Sistema de Informação de Apoio a Supervisão da Assistência em Enfermagem Hospitalar: Uma Abordagem da Ergonomia Cognitiva. 250F, 2001. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) UFSC. Florianópolis, 2001.

BOOG, G. G. O Desafio da Competência, Ed. Nova Cultural, São Paulo, 2004.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J., Pesquisa qualitativa de Serviços de Saúde, São Paulo, Ed. Vozes, 2004.

BRASIL. Constituição [1988]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasilia, DF: Senado, Brasília, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Conselho Nacional de Saúde, Conselho Federal de Odontologia, 1993. Disponível em:
http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/2_cnsb.pdf

_____. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: Programa Saúde da Família. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. PORTARIA N.º 1.444,DOU de, seção 1, pg. 85. Brasil. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Fazenda, Lei Complementar n. 101, Ministério da Fazenda, Secretaria do Tesouro Nacional Brasil, Brasília, 2000.
Disponível em: http://www.tesouro.fazenda.gov.br/hp/lei_responsabilidade_fiscal.asp

_____. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: Programa Saúde da Família. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. A Implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. PORTARIA N.º 267, DOU de 07/03/2001, seção 1, pg. 67. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Educação, CNE-CNS, Câmara de Educação Superior Resolução CNE/CES 03, Ministério da Educação, Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde, Portaria Nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004. Brasília, 2005. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/pns/arquivo/Plano_Nacional_de_Saude.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: Unidade de Aprendizagem _ Análise do Conteúdo da Gestão e das Práticas de Saúde./Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Rio de Janeiro: Brasil, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, 2005.

_____. Ministério de Planejamento Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria N.º 648/GM, Brasília, 2006b. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf

_____. Ministério da Saúde. Portaria N.º 248, Brasília, 2006c. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, 22 de fevereiro de 2006. Brasília, 2006d.
Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1021

BRAZIL, C., Conhecendo o mestrado profissional.
Disponível em: http://www.universia.com.br/materia/materia.jsp?materia=5565

CAMPOS, G. W. S., Subjetividade e Administração de Pessoal: Considerações sobre Modos de Gerenciar o Trabalho em Equipes de Saúde. In:AGIR EM SAÚDE: Um Desafio para o Público. M, E. E.; ONOCKO, R. São Paulo, Hucitec, Segunda Edição, 2006.

CARVALHO, C. L., A transformação no mercado de serviços odontológicos e as disputas pelo monopólio da prática odontológica no século XIX. Hist. Cienc. Saude-Manguinhos vol.13 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010497020060001000004&script=sci_arttext&tlng=pt

CECÍLIO, L. C. O., Modelos Tecno-assistenciais em Saúde: Da Pirâmide ao Círculo, uma Possibilidade a ser Explorada. Cad. Saúde Public. Rio de Janeiro. 13(3):496-478. jul-set, 1997.

CENÁRIOS POSSÍVEIS, EXPERIÊNCIAS E DESAFIOS DO MESTRADO PROFISSIONAL NA SAÚDE COLETIVA. Leal MC, Freitas CM, organizadores. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

COSTA, H. Por uma política de saúde bucal. Revista Espaço Acadêmico – Nº 38-julho de 2004 ISSN 1519.6186.
Disponível em: http://www.espacoacademico.com.br/038/38ccosta.htm

CRUZ, M. E. E.; Competências dos Cirurgiões-Dentistas na Estratégia Saúde da Família para Consolidação do Sistema Único de Saúde. Dissertação de Mestrado. UNIVALI. Itajaí-SC. 2005

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Conselho Federal de Odontologia, Resolução 63, 2005.
Disponível em: http://www.cfo.org.br/download/pdf/consolidacao.pdf

CUTOLO, L. R. A.; Estilo de Pensamento e Educação Médica. Tese de Doutorado. CED/UFSC, Florianópolis,2001.

FACÓ, E. F. *et al*, O Cirurgião-Dentista e o Programa Saúde da Família na Microrregião II, Ceará, Brasil. RBPS 2005; 18 (2) : 70-77

FRANCO, T. B.; JÚNIOR, H. M. M., Integralidade na Assistência à Saúde a Organização das Linhas de Cuidado. In: MERHY, E. E. *et al.* Trabalho em saúde: Olhando e experenciando o SUS no cotidiano. São Paulo. Ed Hucitec, 2003.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E., Programa de Saúde da Família: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnicoassistencial. In: MERHY, E. E. *et al.* Trabalho em saúde: Olhando e experenciando o SUS no cotidiano. São Paulo. Ed Hucitec, 2003.

GIL, C. R. R.; Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad. Saúde Pública vol.21 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2005.

KELL, M. C. G.; Integralidade da Atenção à Saúde, Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S331-S336, 2004. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf

LEOPARDI, M. T.; Processo de Trabalho em Saúde: Organização e Subjetividade. Florianópolis: Editora Papa-Livro, 1999.

LOPES, M. C. ; FILHO, G. I. R. A Motivação Humana no Trabalho: O desafio da Gestão em Serviços de Saúde Pública. Itajaí: Editora UNIVALI, 2003.

MACIEL-LIMA, S. M.; Acolhimento Solidário ou Atropelamento? A Qualidade na Relação Profissional de Saúde e Paciente Face à Tecnologia Informacional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2):502-511, mar- abr, 2004

MENDES, E. V.; Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002

MERHY, E. E. & QUEIROZ, M. S. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (2): 177-184, abr/jun, 1993.

MERHY, E. E. *et al.* Trabalho em saúde: Olhando e experenciando o SUS no cotidiano. São Paulo. Ed Hucitec, 2003.

MERHY, E. E., O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde***.*** *In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde.* ***Ver – SUS Brasil: cadernos de textos.*** *Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).*Disponível em: http://www.saude.to.gov.br/download/cges/Referencias_Bibliograficas.doc

MERHY, E. E. Saúde: Cartografia do Trabalho vivo. São Paulo. Ed.Hucitec, 2ª ed., 2005.

MERHY, E. E., *et al*. Agir em Saúde: um desafio para o público. Ed. Hucitec, 2ª ed., 2006.

MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Ed. Hucitec-Abrasco, 1993.

OLIVEIRA, S. R., Os Sentidos do Trabalho para os Dentistas Filiados à UNIODONTO. UFRS, 142 págs., Porto Alegre, 2004.

PATIÑO, J. F. R.; Abraham Flexner y el Flexnerismo Fundamento Imperecedero de la Educación Médica Moderna, disponível em: http://anm.encolombia.com/flexner.htm, em 24/10/2006.

PEREIRA, D. Q., PEREIRA, J. C. M., ASSIS, M. M. A.; A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA). Ciênc. Saúde coletiva v.8 n.2 Rio de Janeiro 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141312320030002000020&lng=es&nrm=iso. Doi: 10.1590/S1413-81232003000200020

PINTO, V.G. Relacionamento entre padrões de doença e serviços de atenção odontológica. Rev. Saúde Públ**.**, São Paulo, 23: 509-14,1989.

PINTO, V. G., Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Ed.Santos, 4ª Ed., 2000.

PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. M., Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2001.

POLIGNANO, M. V.; História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena revisão. Disponível em: http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf, em 24 de outubro de 2006

RESENDE, E. J., O Livro das Competências: Desenvolvimento das competências: a melhor auto-ajuda para pessoas, organizações e sociedade. Rio de Janeiro, Ed.Qualitymark, 2003.

RESENDE, E. J., A Força e o Poder das Competências. Rio de Janeiro, Ed. Qualitymark, 2004.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D. P.; BLANK, V. L. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2):438-446, mar-abr, 2004.

RICHARDSON, R. J. Pesquisa Social: Modelos e Técnicas. São Paulo: Ed Atlas, 3ª Edição, 1999.

RING, M. E. História da Odontologia. Tradução: Fernando Gomes do Nascimento. São Paulo: Ed. Malone, 1998

ROCHA, M. Histórico da Odontologia no Brasil. Disponível em: http://www.odontosites.com.br/Artigos/marcosrocha/historiadaOdontologia.htm

RODRIGUES, M. P.; ARAÚJO, M. S. S. O Fazer em Saúde: Um Novo Olhar sobre o Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família.

RONCALLI, A. G. O Desenvolvimento das Políticas de Saúde Pública no Brasil e a Construção do Sistema único de Saúde. Cap.2, In: Odontologia em Saúde Coletiva, Porto Alegre, Ed. Artemed, 2003. Disponível em: http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_saucol/capitulo_livro_osc.pdf

_____, A Saúde no Brasil: Trajetórias de uma política assistencial. Disponível em: http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_saucol/sau_bra.pdf

_____, O Processo de Saúde/doença: do xamã ao cosmos. Disponível em: http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_saucol/pro_sau.pdf

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de Trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2):438-446, mar- abr, 2004

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A.; Da Fragmentação à Integralidade: Construindo e (Des)Construindo a Prática de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. Ciênc. & Saúde coletiva vol.11, no.1, Rio de Janeiro. Jan./Mar, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141312320060001000 12&lng=en&nrm=iso>. Access on: 27 Oct 2006. doi: 10.1590/S1413-81232006000100012

SAUPE, R; WENDHAUSEN, A.L.P.; The Professional Master's Degree as a Preferable Model forTraining in Family Health. Sept./Dec. 2005, vol.9, nº.18, pp.621-630.. Interface vol.2 no.se Botucatu 2006.
Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a05v9n18.pdf

SAUPE, R; *et al*. Competência dos profissionais a saúde para o trabalho interdisciplinar. Interface - Comunic., Saúde,Educ., v.9, n.18, p.521-36, set/dez 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a05v9n18.pdf

SILVA, J. P. V; LIMA, J. C., Sistema único de Saúde: Reafirmando seus Princípios e Diretrizes para fazer Avançar a Reforma Sanitária Brasileira. In: Políticas de Saúde, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005, p 52-74.

SILVA, A. L. A., O Hospital e o Sistema Único de Saúde: A Gestão Hospitalar na Perspectiva da Micropolítica, In: Políticas de Saúde, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005a, p. 75-98.

SILVA, L. L. Competências Gerenciais do Cirurgião-Dentista do Programa de Saúde da Família na Consolidação do Sistema Único de Saúde. 126F, 2005b. Dissertação (Mestrado profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho) UNIVALI, Itajaí, 2005.

TEIXEIRA, M. C. B., A dimensão Cuidadora do Trabalho de Equipe em Saúde e sua Contribuição para a Odontologia. Ciênc. Saúde coletiva v.11 n.1, pág. 45-51. Rio de Janeiro, 2006.

TRIVIÑOS, A.N.C. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais. A Pesquisa Qualitativa em Educação. São Paulo: Ed. Atlas, 1987.

UNIODONTO. Brasil: Um País em que o maior herói "TIRAVA DENTES". História da Odontologia no Brasil. Disponível em: http://www.uniodonto.com.br/historiaod.php

WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. Gestão de Serviços de Saúde: Descentralização, Municipalização do SUS. São Paulo: Ed. SENAC, 2001.

VANDERLEI, M. I. G.; O Gerenciamento na Estratégia de Saúde da Família: O Processo de Trabalho dos Gestores e dos Gerentes Municipais de Saúde em Municípios do Estado do Maranhão. 246 Páginas, USP, Ribeirão Preto-SP, 2005. Dissertação de Mestrado.

VÁSQUEZ, A. S., Filosofia da Práxis. 2ª Edição, Rio de Janeiro, Editora Paz e Terra,1990.

VIEIRA, M. A Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde. In: Políticas de Saúde, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005, p 99-116.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Eu: _____.
Idade: _____RG _____.

Fui informado (a) detalhadamente sobre a pesquisa **COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A *PRÁXIS* NA UNIDADE DE SAÚDE,** que esta ligada a um projeto maior intitulado: **MODELAGEM DOS PROCESSOS DAS COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA,** coordenado pela Profª Dra Gladys Amélia Vélez Benito, financiado pela Fundação de Apoio a Pesquisa Científica e Tecnológica do Estado de Santa Catarina – FAPESC**.**

Eu fui plenamente esclarecido (a) de que ao responder as questões que compõem esta pesquisa estarei participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como objetivo investigar os processos de trabalho das competências gerenciais desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas na Rede Pública de Saúde de Itajaí – SC.

Embora venha a aceitar a participação nesta pesquisa, está garantido que poderei desistir a qualquer momento, inclusive sem nenhum motivo, bastando para isso, informar minha decisão de desistência, da maneira que me for mais conveniente. Fui esclarecido (a), ainda, que por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não terei direito a nenhuma remuneração. A participação na pesquisa não incorrerá em riscos ou prejuízos de qualquer natureza.

Os dados referentes ao (a) Sr (a) serão sigilosos e privados, sendo que poderei solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma.

De acordo com o segundo critério da metodologia empregada neste trabalho, sua participação será na determinação da amostra, que consiste na aplicação de uma ficha e um questionário, que permitirá levantar dados referentes ao perfil do cirurgião-dentista que vêm atuando nas Unidades de Saúde Básica no município. Esta ficha considerará dados referentes a: idade, sexo, tempo de formado, tempo de atuação na saúde coletiva, seu grau de formação, e pós-graduação, cursos realizados relacionados com o a atenção básica.

Em todo tempo será garantido a privacidade e a confidência das informações que será observada pelo mestrando Horace Houw, sob a orientação da professora Gladys Amélia Vélez Benito.

Itajaí (SC) _____ de _____ de 2007.

Assinatura (de acordo).

_____

Participante do estudo.

Assinatura (de acordo).

_____

Pesquisador do estudo.

APÊNDICE 2

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. **Descreva como é seu cotidiano de trabalho na atenção básica em sua Unidade de Saúde.**

2. **Analisando seu trabalho nesta Unidade de Saúde, quais seriam suas funções? Descreva-as.**

3. **Poderia classificar estas funções? Por exemplo: assistenciais, gerenciais, educativas e de pesquisa. Diga-me, qual (ais) de cada uma destas?**

4. **Destas funções citadas qual(ais) desenvolve com maior freqüência, no seu dia a dia?**

5. **Qual (ais) de estas funções considera essencial/fundamentais para a efetividade de seu trabalho odontológico junto à população na qual atua (município)?**

6. **O que entende por competências do cirurgião-dentista na atenção primária segundo o Ministério da Saúde? Cite-as.**

7. **O que entende por competências gerenciais?**

8. **Descreva. Que competências gerenciais do dentista você pode citar? Estas competências são essenciais para o desenvolvimento do trabalho odontológico? Sim ou não. Cite de que forma.**

APÊNDICE 3

GUIA DE REGISTRO DAS ATIVIDADES DO CIRURGIÃO-DENTISTA

NOME: _____

DATA: ____/____/____

CRONOLOGIA	COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DESENVOLVIDAS

APÊNDICE 4

CATEGORIZAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DO CIRURGIÃO-DENTISTA

Autora do Instrumento: Dra. BENITO, Gladys Amélia Vélez (2006).

1. CONCEITOS A SEREM ABORDADOS (SAUPE; et al, 2004):

1.1. COMPETÊNCIA: conjunto de capacidades referidas aos conhecimentos, as habilidades e as atitudes que conferem ao profissional, condições para desenvolver seu trabalho.

1.2. CONHECIMENTOS: entendidos como o conjunto de conteúdos, predominantemente adquiridos através de exposição, leitura e re-elaboração crítica, que conferem ao profissional o domínio cognitivo de um saber e a capacidade de tomar decisões e resolver problemas em sua área de atuação.

1.3. HABILIDADES: entendidas como o conjunto de práticas, predominantemente adquiridas através de demonstração, repetição e re-elaboração crítica, que conferem ao profissional o domínio psico-motor, a perícia de um saber-fazer e a capacidade de tomar decisões e resolver problemas em sua área de atuação.

1.4. ATITUDES: entendidas como o conjunto de comportamentos, predominantemente adquiridos através de observação, introjeção, re-elaboração crítica, que conferem ao profissional o domínio ético e afetivo de um saber-ser, saber conviver, e a capacidade de tomar decisões e resolver problemas em sua área de atuação.

2. COMPETÊNCIAS GERENCIAS NA ATENÇÃO BÁSICA

O profissional cirurgião-dentista tem como atribuições o desenvolvimento de funções assistências, gerenciais, educativas e de pesquisa. A função de gerenciar envolve competências específicas, que são de interesse deste estudo. Entendemos que, o gerenciar se traduz no desenvolvimento de competências. Assim, a competência é o conjunto das três dimensões: conhecimentos, habilidades e

atitudes (RESENDE, 2003), que integradas se refletem no grau de qualidade da atenção à saúde oferecida à população, objetivando atender suas necessidades.

2.1. CONHECIMENTO GERENCIAL DO CIRURGIÃO-DENTISTA

O DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA PARA O GERENCIAMENTO REQUER MUITOS **CONHECIMENTOS** DO PROFISSIONAL. Para esta pesquisa foram selecionados conhecimentos relacionados aos Recursos Humanos, aos Recursos Físicos e Materiais, à Epidemiologia, às Políticas de Saúde, planejamento Local em saúde e gestão do trabalho.

<u>CONHECIMENTOS</u> PARA O GERENCIAMENTO A SEREM DESENVOLVIDOS PELOS CDs:

A. PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

1. Conhecer os fatores determinantes do Processo Saúde/doença.
2. Conhecer o Perfil Epidemiológico da População
3. Conhecer a teoria do planejamento (planejamento estratégico local)
4. Conhecer a política Municipal de saúde
5. Conhecer os programas focais do Sistema Único de Saúde
6. Conhecer os programas focais que são executados no município.

B. SAÚDE: PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA

1. Conhecer os fatores sociais determinantes da qualidade de vida.
2. Conhecer as políticas de vigilância em saúde municipal
3. Conhecer a política de educação em saúde no município
4. Conhecer as diretrizes de participação popular do município.
5. Conhecer o modelo de atenção à saúde preconizada pelo município.

C. TRABALHO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE

1. Conhecer o trabalho de todos os componentes da Equipe.

2. Conhecer os princípios do trabalho interdisciplinar.

3. Conhecer teorias para se trabalhar em grupo.

D. ABORDAGEM INTEGRAL DA FAMÍLIA

1. Conhecer os conceitos de FAMÍLIA de forma integral e sistêmica.

E. ABORDAGEM DA GESTAO DO TRABALHO EM SAUDE

1. Conhecer a gestão de Recursos Humanos/ Políticas e seus determinantes, definidos a partir da Reforma Sanitária.
2. Conhecer a política de Plano de carreira, cargos e salários.
3. Conhecer o programa de saúde do trabalhador.
4. Conhecer a política de Educação Permanente em saúde do município.
5. Conhecer os Sistemas de Informação do SUS.
6. Conhecer os elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde e na Odontologia nos diversos níveis de complexidade no SUS.
7. Conhecer os Sistemas de avaliação de desempenho do município.
8. Conhecer sistemas de avaliação da Estratégia Saúde da Família.

2.2 HABILIDADES

O DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA PARA O GERENCIAMENTO REQUER MUITAS **HABILIDADES** DO PROFISSIONAL. Para esta pesquisa foram selecionadas habilidades relacionadas aos Recursos Humanos, à Epidemiologia, Planejamento Local e Gestão do trabalho.

<u>HABILIDADES</u> PARA O GERENCIAMENTO A SEREM DESENVOLVIDOS PELOS CDs.

A. PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

1. Saber identificar Problemas/ Necessidades/ Nós Críticos

2. Saber estabelecer prioridades.

3. Saber traçar estratégias de atuação.

4. Saber organizar seu Processo de Trabalho na atenção primária.

5. Saber intervir na organização da estrutura físico-funcional e organizacional da Unidade de Saúde.

B. SAÚDE: PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA

1. Saber articular ações integradas com outros setores da sociedade.

2. Saber articular ações integradas com a Rede Institucional.

3. Saber identificar os fatores sociais determinantes da qualidade de vida.

4. Saber promover a participação e intervenção popular.

5. Saber implementar o processo de trabalho na Estratégia Brasil Sorridente.

6. Saber implementar as normas de Biossegurança.

7. Saber promover a vigilância em saúde.

C. TRABALHO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE

1. Saber ouvir e negociar.

2. Saber articular os diferentes pontos de vista.

3. Saber promover situação de diálogo.

4. Saber desenvolver ações de liderança frente às diversas situações.

5. Saber articular o trabalho em grupo da Equipe Saúde da Família.

D. ABORDAGEM INTEGRAL DA FAMÍLIA

1. Saber intervir na família de forma Participativa e Construtiva.

2. Saber identificar a relação da Família com a Comunidade.

3. Saber identificar a cultura Familiar.

4. Saber conduzir ações junto à família no contexto cultural do município.

E. ABORDAGEM DA GESTAO DO TRABALHO EM SAUDE

1. Saber conduzir a gestão de recursos humanos no SUS.

2. Saber promover a participação na construção da política de Plano de Carreira, Cargos e Salários.

3. Saber intervir na política de saúde do trabalhador no SUS.
4. Saber implementar a política de Educação Permanente em Saúde no município e região.
5. Saber implementar sistemas de avaliação.
6. Saber conduzir Sistemas de avaliação de desempenho da equipe envolvida com ações de prevenção e promoção em saúde bucal.
7. Saber aplicar sistemas de informação do SUS.
8. Saber conduzir o processo de trabalho em saúde na Odontologia nos diversos níveis de complexidade no SUS.

2.3 ATITUDES

O DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA PARA O GERENCIAMENTO REQUER MUITAS **ATITUDES** DO PROFISSIONAL. Para esta pesquisa foram selecionadas atitudes relacionadas aos Recursos Humanos, a Ética Profissional e a gestão do trabalho.

ATITUDES PARA O GERENCIAMENTO A SEREM DESENVOLVIDOS PELOS CDs.

A. PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

1. Respeitar e acolher as necessidades de saúde das famílias.
2. Respeitar e acolher as necessidades de saúde das equipes.
3. Aplicar a tomada de decisão com base nos princípios éticos e legais.
4. Respeitar a governabilidade das políticas de saúde do SUS.
5. Respeitar e acolher à população do município.

B. SAÚDE: PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA

1. Valorizar a Participação Comunitária.
2. Valorizar a participação da Gerencia de Saúde.
3. Valorizar mecanismos para o controle social em saúde do município e grupos sociais.
4. Preservar a aplicação das normas de Biossegurança do SUS.

5. Preservar a vigilância em saúde.

6. Valorizar os processos educativos junto à família e comunidade.

C. TRABALHO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE

1. Compartilhar conhecimentos e informações.

2. Respeitar as **atribuições e diferenças** de classe profissionais do SUS.

3. Comprometer-se com a integração da equipe multidisciplinar de saúde em sua Unidade de Saúde.

4. Ser líder e membro de equipe.

5. Ser comunicativo e interativo com a equipe de trabalho.

6. Respeitar e estabelecer relações de trabalho de caráter interdisciplinar e multiprofissional como estratégia de atenção à saúde, sob o enfoque da integralidade.

D. ABORDAGEM INTEGRAL DA FAMÍLIA

1. Respeitar e valorizar as características no Núcleo Familiar e da Comunidade.

2. Estimular a participação da comunidade na execução de ações da equipe.

E. ABORDAGEM DA GESTAO DO TRABALHO EM SAUDE

1. Valorizar o trabalho em saúde como eixo norteador de sua profissão.

2. Respeitar as relações intersetoriais do trabalho em saúde.

3. Sentir se co-responsável pela saúde do cidadão brasileiro de seu estado e/ou município.

4. Respeitar as relações de poder municipal, estadual e nacional.

5. Valorizar e respeitar as relações de poder da **comunidade / família / indivíduo**.

6. Valorizar e se comprometer com os processos de Educação Permanente do município/região/estado.

7. Valorizar e potencializar a estrutura física e funcional da equipe a que pertence.

8. Valorizar a estrutura organizacional da equipe a que pertence.

9. Valorizar e promover a união dos profissionais de sua equipe frente à necessidades trabalhistas e de direito dos trabalhadores da saúde.

ANEXOS

CERTIFICADO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVALI

UNIVALI

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, EXTENSÃO E CULTURA

Certificado

Certificamos que o projeto de pesquisa intitulado "Modelagem dos processos das competências dos profissionais de saúde para a consolidação do SUS/Programa/Estratégia de Saúde da Família", com a coordenação da **Profª Gladys Amélia Vélez Benito**, está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS, de 10/10/96, tendo sido aprovado através do parecer nº 463/2004 pela Comissão de Ética em Pesquisa da UNIVALI.

Itajaí (SC), 19 de novembro de 2004.

Prof. Dr. Valdir Cechinel Filho
Pró-Reitor de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura

Prof. Roberto Rogério Molleri
Coordenador da CEP/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