



**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA**

VERA LÚCIA RIBEIRO DE CARVALHO BUENO

**A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE BUCAL NAS
EQUIPES DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA EM MUNICÍPIOS DE
PEQUENO PORTE DO NORTE DO PARANÁ**

**LONDRINA
2014**

VERA LÚCIA RIBEIRO DE CARVALHO BUENO

**A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE BUCAL NAS
EQUIPES DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA EM MUNICÍPIOS DE
PEQUENO PORTE DO NORTE DO PARANÁ**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Cordoní Junior

LONDRINA

2014

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

B928o Bueno, Vera Lúcia Ribeiro de Carvalho.

A organização do trabalho em saúde bucal nas equipes da rede de atenção básica em municípios de pequeno porte do norte do Paraná / Vera Lúcia Ribeiro de Carvalho Bueno. – Londrina, 2014.
230 f. : il.

Orientador: Luiz Cordoni Junior.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.
Inclui bibliografia.

1. Saúde bucal – Teses. 2. Serviços de saúde bucal – Administração – Teses. 3. Odontologia sanitária – Teses. 4. Cuidados primários de saúde – Teses. 5. Saúde pública – Teses. I. Cordoni Junior, Luiz. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614.2:616.314

VERA LÚCIA RIBEIRO DE CARVALHO BUENO

**A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE BUCAL NAS
EQUIPES DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA EM MUNICÍPIOS DE
PEQUENO PORTE DO NORTE DO PARANÁ**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Cordoni Junior

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Cordoni Junior - Orientador
Universidade Estadual de Londrina

Prof^a. Dr^a. Maria do Carmo Fernandes Lourenço Haddad
Departamento de Enfermagem - Universidade Estadual de Londrina

Prof^a. Dr^a. Silvana Martins Mishima
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Arthur Eumann Mesas
Universidade Estadual de Londrina

Prof^a. Dr^a. Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, 26 de maio de 2014.

DEDICATÓRIA

À minha Família:

Aos meus pais, pela dedicação de suas vidas;

Aos meus sogros, pelo apoio mesmo a distância;

Aos meus irmãos, pelo amor incondicional;

Ao Jaime, à Marina e ao Samuel, por existirem.

AGRADECIMENTOS

AGRADEÇO...

A Deus, porque Dele, por Ele e para Ele, são todas as coisas; Glórias a Ele eternamente.

À minha família, pelo apoio e incentivo. Por me ensinarem que a distância não nos separa de quem amamos.

Ao meu orientador, professor doutor Luiz Cordoni Junior, por acreditar em mim e não me deixar desistir mesmo com tantas adversidades nestes últimos cinco anos.

Aos amigos, Carolina Soares Mendes, Josimar Antonio de Alcântara Mendes, Laysse Noletto Balbino, pelas conversas, trocas de ideias, leituras e ajuda com este texto que tem um pouco de cada um de nós.

Em especial, ao amigo Alberto Durán Gonzales, pelo SER admirável que me ensina a cada encontro.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, por me ensinarem a aprender.

À turma 2009 do doutorado em Saúde Coletiva, por todas as coisas boas que aprendi com nossa convivência.

Aos profissionais das Regionais de Saúde, por permitirem esta pesquisa e colaborarem na sua realização.

Aos membros dos Grupos de Pesquisa “Gestão do Trabalho” e “Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde”, pela convivência e aprendizado. Em especial no desenvolvimento do projeto “Gestão do Processo de Trabalho em Municípios de Pequeno Porte da Região Norte do Paraná”.

Aos funcionários do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, pelo acolhimento, atenção e por toda ajuda dispensada nestes anos.

À Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de estudo, que possibilitou minha dedicação exclusiva no início do doutorado.

À Fundação Araucária, pelo importante apoio financeiro à pesquisa “Gestão do Processo de Trabalho em Municípios de Pequeno Porte da Região Norte do Paraná”, da qual este estudo é integrante.

Aos colegas do Instituto Federal de Brasília, em especial, Rodrigo Mendes e Fabrício Ademar Fernandes, pela confiança em mim depositada, pelo aprendizado a cada encontro e pelo companheirismo no projeto de tornar a educação acessível em São Sebastião (DF).

Enfim, a todos que, de alguma forma, contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa e da minha formação pessoal e profissional.

ΕΠΪΓΡΑΦΕ

*“Ó profundidade das riquezas,
tanto da sabedoria, como da ciência de Deus!
Quão insondáveis são Seus juízos, e quão i-
nescrutáveis os Seus caminhos!”*

Romanos 11: 33

RESUMO

BUENO, Vera Lúcia Ribeiro de Carvalho. **A organização do trabalho em saúde bucal nas equipes da Rede de Atenção Básica em municípios de pequeno porte do norte do Paraná.** Londrina, 2014. 230f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, 2014.

RESUMO

O objetivo desse estudo foi analisar a organização do trabalho em saúde bucal nas equipes da Rede de Atenção Básica em municípios de pequeno porte do norte do Paraná. Trata-se de um estudo transversal, teórico, empírico, de natureza analítico compreensiva, com abordagem quantitativa/qualitativa. A região norte foi representada pelas regiões administrativas de Apucarana, Londrina e Cornélio Procópio que correspondem às seguintes Regionais de Saúde (RS): 16ª RS, 17ª RS e 18ª RS. A pesquisa aconteceu em duas etapas, sendo que a coleta de dados da primeira etapa, designada como quantitativa, aconteceu entre julho e dezembro de 2010, e a da segunda etapa, designada como qualitativa, entre junho e julho de 2011, com exceção do segundo grupo focal da 18ª RS que foi realizado em junho de 2012. Na primeira etapa foram aplicados dois questionários, um específico para coordenadores de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e outro para os demais profissionais. Para análise descritiva, utilizaram-se as medidas de ocorrência. Na segunda etapa foram realizados grupos focais. Responderam às questões específicas para coordenadores 90 profissionais. De 295 profissionais que atuavam na Equipe Saúde Bucal, (ESB) responderam às questões 178 (60,3%). Foram realizados nove grupos focais, sendo cinco com coordenadores de UBS e quatro com membros da ESB. Os resultados revelaram que, na cidade pequena, existe uma grande proximidade entre as pessoas, mas isso não resultou em gestão democrática e participativa, nem em vínculo com a população e trabalho em equipe. Nesses municípios, os recursos para implantação das ESB foram absorvidos de maneira acrítica dificultando a implantação/implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, como estabelecem os textos ministeriais e resultando em uma rotina de atividades sem planejamento. Nos referidos locais, persistia a falta de integração entre os profissionais da ESB e da UBS. Ambos alegaram que não se integravam por causa da demanda excessiva que os impedia de fazer reuniões, o que pode ser questionado tendo em vista que diversos não cumpriam suas cargas horárias. Foi observado dificuldade de se romper com o sistema incremental e efetivar os princípios da universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Quanto à organização do trabalho, observou-se uma dicotomia entre atividades de promoção/prevenção e atividades clínicas com preferência pelo atendimento clínico, tanto dos profissionais, dos gestores, como também da população. Os dentistas alegaram que não cumpriam a carga horária de trabalho devido à baixa remuneração. Quanto à gestão, observou-se que era influenciada por quatro atores diferentes: Coordenador ESB, Coordenador UBS, Prefeito/secretário de saúde e RS. Esta última se destacou como ente articulador entre os municípios, sendo um importante local para debater o modelo assistencial e apoiar a efetivação do SUS. Para a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, sugere-se a adoção de sistemas de trabalho por compromisso em que se definem ações com metas, previamente acordadas, acompanhadas por instâncias de participação democrática e gestores.

Palavras-chave: Saúde Bucal; Odontologia; Programa Saúde da Família; Administração de Serviços de Saúde, Gestão em Saúde.

ABSTRACT

BUENO, Vera Lúcia Ribeiro de Carvalho. **The organization of work in dentistry within teams in the Primary Healthcare System in small municipalities in Northern Paraná State, Brazil.** Londrina, 2014. 230f. Thesis (Doctorate in Public Health) – Universidade Estadual de Londrina, 2014.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the organization of work in dentistry within teams in the Primary Healthcare System in small municipalities in Northern Paraná State. It is a theoretical empirical transversal study of analytic and comprehensive nature, with a quantitative and qualitative approach. Northern Paraná was represented by the administrative areas of Apucarana, Londrina and Cornélio Procópio, which correspond to the following Health Care Regionals: 16th RS, 17th RS e 18th RS. The research had two stages. The data collection within the first stage, of quantitative nature, took place from July to December 2010, and the second stage, of qualitative nature, from June to July 2011, with the exception of the second focus group of the 18th RS, which happened in June 2012. In the first stage two different questionnaires were given to coordinators of Primary Health Care Units (PHCU) and to other local professionals. Occurrence measurements were used for the descriptive analysis. On the second stage focus groups were done. Ninety professionals answered the specific questionnaire for coordinators. From 295 professionals of the Oral Health Team (OHT), 178 (60,3%) answered the questions. Nine focus groups were created, of which five had coordinators of PHCU and four had members of the OHT. The results revealed that in small cities there is a proximity between people, but this resulted neither in participatory democratic management, nor a bond with the population or team work. In these municipalities the resources for the implementation of the OHTs were absorbed without critic, which made raised difficulties for the implementation of the National Policy on Oral Health as established by ministerial texts and resulted in a routine of unplanned activities. In these places the lack of integration between the professionals of OHTs and PHCUs was persistent. They claimed that excessive demands prevented them from having meetings, which may be questioned as these professionals did not work the hours they were supposed to. It was observed difficulty in breaking with the incremental system and bringing about the universal and integral principles of the Unified Health System (UHS). As for the organization of the work, there was a dichotomy between promotional / preventive activities and clinical ones, with the preference for the clinical care on the part of professionals and managers, as well as the population. The dentists alleged they did not fulfill their hours due to low wages. As for management, it was influenced by four different actors: Coordinator of OHT, Coordinator of PHCU, Mayor/ Health Care Secretary and RS. The latter is distinguished as an articulator between the municipalities, as an important place for the debate on a model of assistance and as a support for the execution of UHS. For the implementation of the National Policy on Oral Health we suggest the adoption of work systems based on commitments with defined actions and goals previously agreed on, followed by participatory and democratic instances and managers.

Key words: Oral Health; Dentistry; Family Health Program, Health Services Administration; Health Management.

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição das 22 Regionais de Saúde do Estado do Paraná, 2012.	56
Figura 2 – Definição da população de estudo da etapa quantitativa.	59
Figura 3 – Código alfanumérico atribuído aos grupos focais.....	70
Figura 4 – Quadro com as categorias e subcategorias analíticas.	72
Figura 5 – Mapa conceitual das categorias e subcategorias analíticas.....	75
Figura 6 – Mapa Conceitual da subcategoria analítica “A cidade pequena”.	77
Figura 7 – Mapa Conceitual da subcategoria analítica “A organização do serviço público de saúde bucal”.....	82
Figura 8 – Mapa Conceitual da subcategoria analítica “Os atores que compõem a ESB”.	91
Figura 9 – Mapa Conceitual da subcategoria analítica “Características que compõem a organização do trabalho da ESB”.	96
Figura 10 – Mapa Conceitual da subcategoria analítica “Os atores que gerenciam/influenciam o trabalho da ESB”.....	118
Figura 11 – Mapa Conceitual da subcategoria analítica “As características da gestão da ESB”	134
Figura 12 – Mapa Conceitual da subcategoria analítica “Os princípios de SUS”.	171
Figura 13 – Mapa Conceitual da subcategoria analítica “A direção do serviço”.....	178

LISTA DE QUADROS

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 – População segundo censo demográfico 2000, cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (ESF), número de equipes na ESF, número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) e tipo (1 e 2) segundo CENES 2010, na área de abrangência da 16ª RS.....212
- Quadro 2 – População segundo censo demográfico 2000, cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (ESF), número de equipes na ESF, número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) e tipo (1 e 2) segundo CENES 2010, na área de abrangência da 17ª RS.....213
- Quadro 3 – População segundo censo demográfico 2000, cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (ESF), número de equipes na ESF, número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) e tipo (1 e 2) segundo CENES 2010, na área de abrangência da 18ª RS.....214
- Quadro 4 – População de estudo identificada mediante consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e visitas às Unidades Básicas de Saúde nos municípios de pequeno porte das 16ª, 17ª e 18ª Regionais de Saúde do Estado do Paraná, 2010.216

LISTA DE TABELAS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de coordenadores de Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde Bucal convidados a participarem do grupo focal nos municípios de pequeno porte das 16ª, 17ª e 18ª Regionais de Saúde, de acordo com o porte populacional, estado do Paraná, 2010.	67
Tabela 2 – População de estudo nos municípios de pequeno porte das 16ª, 17ª e 18ª Regionais de Saúde, estado do Paraná, 2010.	76
Tabela 3 – Relação de Equipe Saúde Bucal/Equipe Saúde da Família da Atenção Básica dos municípios de pequeno porte das 16ª, 17ª e 18ª Regionais de Saúde, estado do Paraná, 2010.	83
Tabela 4 – Distribuição dos trabalhadores da Equipe de Saúde Bucal dos municípios de Pequeno Porte das 16ª, 17ª e 18ª Regionais de Saúde, estado do Paraná, 2010.	91
Tabela 5 – Distribuição dos trabalhadores da Equipe de Saúde Bucal dos municípios de pequeno porte das 16ª, 17ª e 18ª Regionais de Saúde quanto à categoria profissional e sexo, estado do Paraná, 2010.	92
Tabela 6 – Distribuição dos trabalhadores da Equipe de Saúde Bucal dos municípios de pequeno porte das 16ª, 17ª e 18ª Regionais de Saúde quanto à categoria profissional e faixa etária, estado do Paraná, 2010.	93
Tabela 7 – Tempo de atuação dos trabalhadores da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família nos municípios de pequeno porte das 16ª, 17ª e 18ª Regionais de Saúde quanto à categoria profissional, estado do Paraná, 2010.	95
Tabela 8 – Coordenadores do Serviço de Saúde Bucal de municípios de pequeno porte das 16ª, 17ª e 18ª Regionais de Saúde segundo os coordenadores de Unidade Básica de Saúde, estado do Paraná, 2010.	119
Tabela 9 – Forma de ingresso no Serviço Público dos trabalhadores da Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica dos municípios de pequeno porte das 16ª, 17ª e 18ª Regionais de Saúde, estado do Paraná, 2010.....	138
Tabela 10 – Vínculo empregatício dos trabalhadores da Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica dos municípios de pequeno porte das 16ª, 17ª e 18ª Regionais de Saúde, estado do Paraná, 2010.	141

Tabela 11 – Distribuição dos trabalhadores da Equipe de Saúde Bucal dos municípios de pequeno porte das 16ª, 17ª e 18ª Regionais de Saúde quanto à categoria profissional e escolaridade máxima, estado do Paraná, 2010.	145
Tabela 12 – Remuneração Mensal Bruta dos trabalhadores da Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica dos municípios de pequeno porte das 16ª, 17ª e 18ª Regionais de Saúde, estado do Paraná, 2010.	148
Tabela 13 – Caracterização da carga horária (CH) contratada e cumprida na UBS e em outros locais de acordo com a atividade profissional dos trabalhadores da Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica dos municípios de pequeno porte das 16ª, 17ª e 18ª Regionais de Saúde, estado do Paraná, 2010.....	150
Tabela 14 – Número de vínculos empregatícios dos trabalhadores da Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica dos municípios de pequeno porte das 16ª, 17ª e 18ª Regionais de Saúde, estado do Paraná, 2010.....	151
Tabela 15 – Características da Remuneração Mensal dos trabalhadores da Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica dos municípios de pequeno porte das 16ª, 17ª e 18ª Regionais de Saúde, estado do Paraná, 2010.....	155
Tabela 16 – Instrumentos de gestão de processos utilizados pelos gerentes de unidades básicas de saúde dos municípios de pequeno porte das 16ª, 17ª e 18ª Regionais de Saúde, estado do Paraná, 2010.....	160

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dental
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
APS	Atenção Primária à Saúde
CD	Cirurgião Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CH	Carga Horária
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIT	Comissões Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
COSEMS	Conselhos dos Secretários Municipais de Saúde dos Estados
DORT	Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESB	Equipe Saúde Bucal
ESF	Equipe Saúde da Família
FUNRURAL	Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural
FSESP	Fundação Serviços de Saúde Pública
GM	Gabinete do Ministério
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – M	Índice de Desenvolvimento Humano Médio
INBRAPE	Instituto Brasileiro de Pesquisa
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MPAS	Ministério de Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NESCON	Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSCIP	Organização de Sociedade Civil de Interesse Público
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PCCS	Plano de Carreira Cargos e Salários
PPSUS	Programa de Pesquisa para o SUS
PSF	Programa Saúde da Família
RH	Recursos Humanos
RS	RS
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SESA/PR	Secretaria Estadual de Saúde do Paraná
SGETES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SM	Salário Mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tratamento Concluído
THD	Técnico em Higiene Dental
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	27
1. INTRODUÇÃO.....	30
1.1. A odontologia e os modelos de atenção à saúde	33
1.1.1. Início do século XX até o ano de 1945: Modelo das campanhas Sanitárias	34
1.1.2. 1945 a 1967: Período de transição para o modelo seguinte	36
1.1.3. 1968 a 1980: Modelo Médico-Assistencial Privatista	37
1.1.4. 1980 até os dias de hoje: Modelo Plural.....	40
1.2. Considerações sobre a organização do trabalho em saúde.....	42
2. JUSTIFICATIVA.....	49
3. OBJETIVOS	52
3.1. Objetivo geral.....	52
3.2. Objetivos específicos.....	52
4. METODOLOGIA	54
4.1. Delineamento do Estudo.....	54
4.2. Local do Estudo: Municípios de pequeno porte da região norte do Paraná	55
4.3. Operacionalização do estudo.....	57
4.4. Etapa Quantitativa	58
4.4.1. População de estudo.....	58
4.4.2. Coleta de dados.....	59
4.4.3. Variáveis de estudo	60
4.4.4. Tabulação e Análise dos Dados	66
4.5. Etapa Qualitativa.....	67
4.5.1. População de estudo.....	67
4.5.2. Coleta de dados.....	69
4.5.3. Análise de dados	70
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	74
5.1. Contextualização da pesquisa	77
5.1.1. A cidade pequena.....	77
5.1.2. A organização do serviço público de saúde bucal.....	82
5.2. Configuração da organização do trabalho da ESB.....	90

5.2.1.	Os atores que compõem a ESB	91
5.2.2.	Características que compõem a organização do trabalho da ESB	96
5.3.	Dinâmica do processo gerencial com foco na ESB	112
5.3.1.	Os atores que gerenciam/influenciam o trabalho da ESB	118
5.3.2.	As características da gestão da ESB	134
5.4.	Desafio da implantação/implementação da Política Nacional de Saúde Bucal	170
5.4.1.	Os princípios do SUS.....	171
5.4.2.	A direção do serviço	178
CONSIDERAÇÕES FINAIS		187
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		194
APÊNDICES		212
ANEXO		228

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Esta tese parte do meu desejo de refletir sobre o trabalho em odontologia. No período da especialização voltei o meu olhar para a educação em saúde redigindo uma monografia que analisava uma atividade educativa para idosos (CARVALHO; MESAS; ANDRADE, 2006). Esse estudo me permitiu pensar um pouco nas relações interpessoais, nos encontros entre profissional e paciente.

No mestrado interessei-me pela organização do sistema. Juntamente com os trabalhadores de serviço, desenvolvi uma matriz de indicadores para avaliar o processo de trabalho em odontologia de uma unidade de saúde (BUENO, 2008). Ao estudar esta unidade de saúde, observei nos trabalhadores o desejo de organizar um serviço que atendesse aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, mas frustrados por não conseguirem suprir a demanda e efetivar o que, no papel, parecia muito mais simples do que na prática.

Nesse período, comecei a dar aulas em cursos técnicos na área de odontologia e a participar de rodas de discussão do processo de trabalho nos polos de Educação Permanente em Saúde (EPS). Mais de uma vez, ouvi nesses diferentes espaços, e, às vezes, eu mesma falei, “O SUS no papel é lindo!”. A partir de então, comecei a me interrogar o porquê de ser somente no papel. Assim, impôs-se a questão: O que fazer para que o discurso se torne realidade?

Ingressei no doutorado com essa inquietação e, à medida que elaborei a presente tese, vejo que ela nunca me deixará, pois atuamos em um campo em que sempre haverá disputas que antagonizam os modos como os sujeitos estruturam sua relação com a produção de saúde. As configurações sociais e subjetivas podem levar sujeitos a aceitarem a saúde como uma mercadoria exclusivamente lucrativa, o que acarreta não levar em consideração as necessidades dos usuários ao organizar a assistência. Mas, essas mesmas circunstâncias podem também levar os sujeitos a tomar a saúde como um direito primordial do cidadão, mobilizando lutas pela democratização da saúde e pela modificação dos padrões assistenciais vigentes, em prol de ações solidárias, humanizadas, participativas, cuidadoras e resolutivas (FARIA, 2010; FRANCO, 2003).

Assim, percebo que o nosso sistema de saúde não está pronto, pois recebe influências de forças políticas, econômicas, sociais e culturais. A todo tempo, o sis-

tema sofre a pressão de atravessamentos micro e macropolíticos que atingem a produção em saúde. Dessa maneira, o SUS se apresenta formatado e institucionalizado no texto da Constituição Federal Brasileira de 1988, em leis, diretrizes e políticas organizativas, revelando sua face macropolítica, ao mesmo tempo em que é processo nas relações que os sujeitos estabelecem no cotidiano da organização, revelando sua face social.

Em outras palavras: “Mesmo o SUS tendo uma proposição bem elaborada de mudança, isto é uma ferramenta e não, automaticamente, uma ação” – pois a ação é uma expressão de muitos elementos.

Este trabalho apresenta alguns desses elementos e revela a complexidade de se organizar um sistema público de saúde universal e integral. Analisar o trabalho de equipes de Saúde Bucal de municípios de pequeno porte é um recorte que nos remete ao fato de que o SUS continua sendo um desafio.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, os serviços de saúde deveriam estar organizados em uma rede regionalizada, descentralizada e hierarquizada em um Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988), tendo a Atenção Básica como o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada para o sistema. Essa organização legal foi implantada no Brasil como Política Nacional em 2006 e orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006b, 2011a).

Nesse sentido, o planejamento, a integração com o orçamento, a gestão participativa e estratégica devem ser valorizados por todos os atores que atuam nos serviços de saúde (BRASIL, 2006b, 2006d, 2011a).

Desde a Portaria nº 699, de 30 de março de 2006 do Ministério da Saúde (MS), tem-se na construção do Pacto pela Vida uma tentativa de substituir uma excessiva normatização e a lógica da habilitação consolidadas nas Normas Operacionais Básicas por outra, de adesão e compromisso com resultados. Os gestores assumem ações em torno de prioridades pactuadas que deverão apresentar impacto na situação de saúde da população (BRASIL, 2006b). Essa ideia foi aprimorada no Decreto nº 7508/2011 (BRASIL, 2011b) e se materializa no Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP).

Entre as prioridades pactuadas nessa modalidade de gestão, está o fortalecimento da Atenção Básica em saúde. Estabelece-se o compromisso dos gestores em apoiar diferentes modos de organização, respeitando as especificidades regionais. Ademais, o financiamento de responsabilidade das três esferas do governo contempla as seguintes estratégias: saúde da família, agentes comunitários de saúde, saúde bucal, compensações de especificidades regionais, incentivo da Atenção Básica aos povos indígenas e à saúde no sistema penitenciário (BRASIL, 2006b).

O principal objetivo de fortalecer a Atenção Básica é a mudança no modelo de atenção à saúde, pois as ideias e os valores oriundos do modelo médico-hegemônico, que focaliza como prioridade o biológico, desconsiderando as determinações sociais, ainda são predominantes na sociedade ocidental (FEUERWERKER, 2005).

Nesse sentido, o Programa Saúde da Família (PSF), também designado como Estratégia Saúde da Família, e as demais estratégias financiadas na Atenção Básica, incluindo a saúde bucal, podem ser considerados como estratégias de reorientação do modelo assistencial.

Embora, recentemente, alguns autores utilizem com mais frequência a designação Estratégia Saúde da Família, nesta tese será utilizada a designação Programa Saúde da Família (PSF) para diferenciar de Equipe Saúde da Família (ESF), pois ambas apresentariam a mesma abreviatura, o que poderia causar confusão aos leitores.

O PSF, que teve início em 1994, é regido por uma série de princípios e estratégias que incorporam e reafirmam os princípios básicos do SUS. Entre esses, se destacam: a territorialização, a integralidade, a ênfase nas ações de Promoção da Saúde, a responsabilização para com a saúde da população, o planejamento local por problemas, a atuação multiprofissional e intersetorial, bem como a humanização do atendimento. Este modelo de atenção reconhece a saúde como um direito de cidadania, relacionado diretamente com a melhoria das condições de vida, e visando o estímulo à organização comunitária (BRASIL, 2000b).

No ano 2000, por intermédio da Portaria nº 1.444 GM/MS (BRASIL, 2000a), houve um primeiro incentivo para inclusão da saúde bucal no PSF e em 2004, o governo Federal lançou o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” (BRASIL, 2004a), visando à organização da odontologia no âmbito do SUS. Esse documento serve de apoio aos vários municípios que procuram universalizar o atendimento odontológico.

No Brasil, segundo dados do MS, em dezembro de 2008, atuavam no país 29.300 Equipes Saúde da Família (ESF) e 17.807 Equipes de Saúde Bucal (ESB). Nesse mesmo período atuavam no Paraná 1.672 ESF e 1.063 ESB, estando presentes nos 399 municípios do estado, com cobertura de 5.351.311 pessoas, o que representava 51,4% da cobertura populacional integral da referida região (BRASIL, 2009a).

No ano de 2012, existiam no Brasil mais de 32 mil unidades de ESF implantadas em 5.288 municípios, sendo que, no Paraná, atuavam 1.878 ESF e 1.244 ESB, com cobertura de 6.055.863 pessoas, o que representa 57,6% de cobertura populacional (BRASIL, 2012a).

Esses dados demonstram que, ano a ano, existe um incremento do número de equipes, no entanto, diferentes autores (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006; BALDANI et al., 2005; MEDINA; AQUINO, 2002) têm questionado as formas de implantação do PSF e da inclusão das ESB no Brasil. São levantadas questões em relação às diferenças entre as realidades locais, a falta de capacidade de atendimento, os recursos humanos escassos e sem capacitação, e a falta de financiamento. Existe uma desorganização na forma de implantação, essencialmente motivada pela falta de planejamento por parte da gestão. Nesse sentido, as ações de implementação têm apresentado apenas um acréscimo de horas de atendimento, ou seja, um aumento do número de procedimentos centrados na resolução imediata dos problemas, atendendo a demanda espontânea sem uma preocupação com a integralidade do cuidado (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006).

Tem-se o risco de o incentivo financeiro ser visto como algo atraente pelos gestores e produzir um crescimento desorganizado das equipes de saúde bucal pelo Brasil, constituindo um crescimento ‘tumoral’ e não ‘orgânico’ ao sistema (ZANETTI, [2000b]). Para Souza e Roncalli (2007), caso a implantação da ESB no PSF se torne a tradução das políticas de racionalização de saúde, que são incentivadas pelas instituições internacionais, como o Banco Mundial, reproduz-se um modelo programático focal e excludente.

No que tange às ESB, como a implantação se deu tardiamente, há de se considerar dificuldades na integração dos profissionais de saúde bucal às equipes do PSF já existentes, bem como, diferenças nas formas de implantação das equipes. No entanto, apesar das dificuldades, houve uma recepção favorável por parte da população (BALDANI et al., 2005), o que tem estimulado a ampliação dessa ação por parte do governo (BRASIL, 2012d).

A esse respeito, segundo Zanetti (2005, p. 176, sic):

em se considerando todas as políticas federais de saúde bucal já implementadas, a atual (a ampliação do PSF em saúde bucal iniciada em fins dos anos 2000), figura tão somente como a segunda iniciativa histórica (uma vez que a primeira foi o SESP com o Sistema Incremental para escolares em 1951) em que foram pautados elementos normativos com alguma capacidade de operar transformações qualitativas no perfil tradicional (inampiano/privatista/previdenciário) de assistência clínica-odontológica pública; e, que ela também figura como a primeira onde princípios pluralistas de universalidade (igualdade) e equidade (diferença) são apresentados como “inspiradores” e “norteadores” de ações.

Ainda para esse autor, mesmo nessas conjunturas favoráveis em que a saúde bucal tem adquirido destaque no plano expressivo da retórica de governo com o lançamento e ampliação do “Plano Brasil Sorridente”, ainda persistem falta de exigência, inexperiência, marginalidade e relativo abandono real da saúde bucal ao seu próprio curso (ZANETTI, 2005). Com isso, torna-se importante um exercício acadêmico de compreensão da atual situação em que se encontra a saúde bucal no PSF.

1.1. A odontologia e os modelos de atenção à saúde

Os profissionais da odontologia, de tempos em tempos, são apresentados a um modelo “ novo” de fazer saúde bucal: odontologia comunitária, incremental, simplificada, sanitária, preventiva, social e coletiva.

As palavras não são neutras, cada uma dessas expressões para odontologia teve como finalidade identificar distintas propostas de práticas odontológicas e ações que lhes corresponderam ao longo do tempo (NARVAI, 2002). Com isso, a proposta deste tópico é rememorar as épocas de cada prática na odontologia, e, ao compor uma trajetória, abordar alguns aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais relacionados aos modelos de atenção dessa área. Entendendo-se modelo de atenção, como as formas como as tecnologias e os processos de trabalho estão organizados (MERHY, 1999).

Embora Dias, Narvai e Rêgo (2008) tenham demonstrado que a produção científica no campo odontológico brasileiro, no período de 2001 a 2006, apresentou crescente interesse na área de saúde bucal coletiva, ainda há predominância de textos com enfoque clínico (CAVALCANTI et al., 2004). Para Narvai (2002), isso é reflexo de uma história escrita à margem das demais disciplinas da área da saúde, que faz a profissão alcançar o atual *status* científico, acadêmico e social, e que, muitas vezes, desconsidera outros saberes e mesmo as necessidades de saúde da coletividade.

Essa historicidade à parte não se deu por acaso. Com a quantidade de conhecimentos que se acumulou no decorrer do tempo e a diversificação dos métodos de tratamento das enfermidades, tornou-se praticamente impossível o domínio por um só homem das práticas necessárias à conservação da saúde, favorecendo o

surgimento de inúmeras subdivisões da profissão médica incluindo, no fim do século XVIII, o nascimento da odontologia (CHAVES, 1986).

A complexidade do sistema de saúde torna opaco, para seus trabalhadores, a globalidade do seu funcionamento (VASCONCELOS, E., 1989). Mesmo tendo em vista que a saúde é um estado do indivíduo, que não pode ser substituída por saúdes parciais dos diversos órgãos, utilizam-se termos como saúde bucal, por exemplo, para se identificar objetivos parciais de programas de saúde. Segundo Chaves (1986), o que deveria acontecer, e que, muitas vezes, não ocorre, é a integração desses programas ao programa global da saúde pública.

A formulação das políticas de saúde, nessa forma global, vem sendo resgatada desde a Reforma Sanitária que teve início na década de 70 e que culminou com a criação do SUS (CARVALHO et al., 2001). Segundo Paim (2003a), na análise de conjunturas, a partir de fatos produzidos pela sociedade, podem-se identificar determinantes e consequências adotados em determinados períodos nos modelos de organizações da assistência a saúde.

Retoma-se, a seguir, uma cronologia dos modelos de Atenção à Saúde Básica, que foi dividida, para uma melhor compreensão didática, em quatro períodos as tendências da política de saúde do Brasil: sanitaria campanhista (do início do século XX até 1945), período de transição (1945 até final da década de 60), modelo médico assistencial privatista (1960 a 1980) e modelo plural (1980 até os dias de hoje) (CARVALHO et al., 2001).

1.1.1. Início do século XX até o ano de 1945: modelo das campanhas sanitárias

O período entre o início do século XX até o ano de 1945 coincide com a Primeira República no Brasil, sendo que a economia nacional, até a década de 30, baseava-se na exploração do café. Para que esse comércio não fosse prejudicado pela presença de doenças como a peste, a cólera e a varíola tornava-se necessário sanear os espaços de circulação das mercadorias. Foi nesse período que Oswaldo Cruz, à frente da Diretoria de Saúde Pública, instituiu o modelo de campanhas sanitárias destinadas a combater endemias urbanas (CARVALHO et al., 2001; PAIM, 2003a).

As ações de saúde eram privadas e a assistência hospitalar pública assumia o caráter de assistência social, tendo a participação de instituições filantrópicas (CARVALHO et al., 2001) e, assim como na medicina, a odontologia desempenhava um papel predominantemente curativo e reparador (CHAVES, 1986).

Em 1910, foi publicado nos Estados Unidos o relatório de Flexner caracterizando a institucionalização da medicina científica, com o objetivo de orientação da prática médica. Uma vez que o contexto histórico caracterizava esse momento como Era Progressista, o novo paradigma exposto nesse relatório expressava um conjunto de práticas estruturais, tais como: a mecanização, o biologicismo, o individualismo, a especialização, a exclusão das práticas alternativas, a tecnificação do ato médico, a ênfase na medicina curativa e a concentração de recursos. Esse paradigma gerado nos países desenvolvidos se instalou em países de economia periférica, como o Brasil, e repercutiu nos modelos de atenção desenvolvidos pela saúde (MENDES, 1985).

Com a crise do café, em 1930, deu-se, então, início à industrialização, houve uma modificação na estrutura da sociedade brasileira, formando os centros urbanos (CARVALHO et al., 2001), criando condições para o desenvolvimento desse paradigma e do capitalismo industrial (PAIM, 2003a).

Tendo em vista que o regime capitalista está orientado para geração de lucro, no intuito de aumentar a produtividade, há uma divisão técnica das tarefas dentro de um mesmo processo de produção. O principal teórico da gerência aplicada ao modo de produção capitalista foi Frederick Winslow Taylor, que formulou o que chamou de “princípio da gerência científica”, incluindo a separação entre concepção e execução do trabalho, separação das tarefas entre os trabalhadores, e detalhamento da atividade para que a gerência pudesse controlar cada fase do processo e o método de execução, buscando mais produtividade (VASCONCELOS, E., 1989).

O trabalhador, que outrora possuía a visão do todo, perde o entendimento da totalidade do processo e, conseqüentemente, de seu controle, uma vez que, agora esse trabalha para alguém que coordena suas atividades. O trabalho em serviços de saúde compartilha características comuns com outros processos que se dão na indústria e outros setores da economia e receberá influências diretas dessa forma de organização (MENDES, 1985; VASCONCELOS, E., 1989).

1.1.2. 1945 a 1967: período de transição para o modelo seguinte

No período de pós-guerra, agravaram-se as condições sociais do Brasil, os trabalhadores assalariados pressionavam o governo por assistência médica. Para prevenção à doença, mantém-se a prática de campanhas e, no ano de 1953, é criado o MS, caracterizado pela dicotomia entre a saúde pública e atenção médica individual (CARVALHO et al., 2001).

A odontologia nem chega a ter representação na estrutura organizacional do MS, alguns cirurgiões dentistas (CD) eventualmente desempenhavam funções de assessoria. Essa lacuna foi preenchida pela Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) que influenciou positivamente a criação dos programas, incrementais a escolares, e a implantação dos sistemas de fluoretação de água de abastecimento (CHAVES, 1986).

A esfera governamental que mais respondeu à demanda por serviços odontológicos foi a estadual, por intermédio das secretarias de educação e saúde (CHAVES, 1986). Uma vez que o escolar foi considerado o grupo prioritário, foram instalados consultórios nas unidades sanitárias e nas escolas, com dentista trabalhando sozinho, sem pessoal auxiliar, e desenvolvendo quase que só um trabalho mutilador, sem programas ou metas para melhorias.

Em 1964, houve o golpe militar, que centralizou o poder na esfera do governo federal. Em 1967, houve a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), caracterizado pela exclusão dos trabalhadores na gestão da previdência, com o aumento da influência de três grupos: a indústria farmacêutica, a de equipamentos médico-hospitalares e os proprietários de hospitais (CARVALHO et al., 2001).

O INPS tornou-se, no âmbito oficial, a principal organização pública de assistência médico-odontológica. Sendo que, na odontologia essa atuação teve menor expressão, uma vez que havia uma baixa prioridade dos programas de assistência odontológica, o que acarretaria um grande acúmulo de necessidades. Isso, por sua vez, levou a que se aumentassem os gastos, associado a esse processo, em razão da forte influência das indústrias de equipamentos e materiais de consumo que a saúde pública sofria, houve um aumento ainda maior do custo da atenção.

Com a entrada do capital, procurava-se, principalmente no setor privado, a sofisticação, distanciando, cada vez mais, a odontologia da realidade brasileira,

sendo que o benefício público se limitava, quase exclusivamente, às extrações, atendendo escolares, gestantes e urgências (CHAVES, 1986). Outra modalidade de atendimento que surgiu em 1967 foi a dos sindicatos. Com a criação do FUNRURAL (Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural) quando houve a doação de equipamentos odontológicos para essas entidades de classe (CHAVES, 1986; PAIM, 2003a).

Nessa fase, em que o tipo de atendimento com caráter curativista oferecido nos sindicatos e escolas não dava conta da demanda, iniciaram-se as discussões para se ter um modelo de saúde preventiva. Mário Chaves (1986), um dos principais autores na área odontológica, em 1960, publica o Manual de Odontologia Sanitária (NARVAI, 2002). Os anos 60 marcaram o apogeu da odontologia sanitária no Brasil, porém essa se mostrou incapaz de romper com o modelo hegemônico da odontologia de mercado.

Segundo Chaves (1960), a Odontologia Sanitária é a disciplina da saúde pública responsável pelo diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde oral da comunidade. Segundo o autor, Odontologia Sanitária é trabalho organizado da comunidade, na comunidade e para a comunidade, no sentido de obter as melhores condições médias possíveis de saúde oral (CHAVES, 1960).

Apesar de o autor deixar claro no manual de Odontologia Sanitária que a ideia de que se tratava apenas de prevenção ou de assistência ao indigente, à gestante, ao escolar, ou a qualquer outro grupo não tinha razão de ser (CHAVES, 1960), na prática, essa apresentava um caráter complementar à odontologia de mercado e seu principal instrumento teórico foi o denominado “Sistema Incremental” que teve início em 1956 em Aimorés (MG), com apoio da FSESP, e que se difundiu com intensidade e se tornou sinônimo de atendimento a escolares, vigorando, então, por quatro décadas (NARVAI, 2002; RONCALLI, 2000).

1.1.3. 1968 a 1980: modelo médico-assistencial privatista

A principal característica do período marcado entre os anos de 1968 a 1980 foi a prática médica curativista, individual, assistencialista e especializada, em de-

trimento da saúde pública, com a criação de um complexo médico-hospitalar financiado pelo Estado e voltado para o lucro (CARVALHO et al., 2001).

Nesse período ocorreu a ampliação da assistência médica para trabalhadores rurais, empregadas domésticas e profissionais autônomos, gerando um grande aumento nos custos, e a proliferação de contratos de serviços com empresas privadas sem nenhum controle, o que favorecia a corrupção. Esses fatos contribuíram para uma crise econômica aliada a uma crise política do Estado (CARVALHO et al., 2001), no referido período.

Houve, pois, inúmeras tentativas administrativas de contornar o problema, entre elas a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), cuja atuação ficou voltada para o atendimento-médico assistencial individualizado. O MS ficou responsável pelos interesses da coletividade, reforçando a dicotomia entre as áreas preventivas e curativas (CARVALHO et al., 2001).

Com o crescente descontentamento, na segunda metade da década de 1970, cresce a discussão por reformas nas políticas de saúde, iniciando-se o movimento denominado Reforma Sanitária. Surgem nos departamentos das universidades a ideia de Medicina Comunitária e Atenção Primária à Saúde (APS) sistematizadas pelo congresso de Alma Ata, em 1978, que foi promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (CARVALHO et al., 2001).

Cabe ressaltar, neste momento, o papel assumido pela Universidade em denunciar as condições de vida da população, discutindo políticas e planejamento em saúde. Ao aproximar-se das demandas sociais a Academia, gradativamente, deixa de ser um aparelho de hegemonia utilizada pelas classes dominantes (SPINELLI, 1998). Nesse contexto, observa-se a relevância do ensino de Ciências Sociais nos cursos da área da saúde, sendo que, de fato, foi na década de 1970 que houve a institucionalização das ciências sociais nesse campo da saúde. Dentre vários elementos que contribuíram para a mudança de paradigma, essa institucionalização teve como objeto: a compreensão de como processos sociais, culturais, políticos e econômicos se entrecruzam na produção dos fenômenos saúde/doença; a intervenção e regulação do Estado na produção das políticas sociais do setor; e a análise e compreensão da prestação de serviços (LUZ, 2000; MINAYO, 2000; OLIVEIRA et al., 1998).

Na odontologia torna-se clara a limitação do termo Odontologia Sanitária, sendo que o próprio Mário Chaves, na terceira edição do “Manual de Odontologia

Sanitária”, propõe a mudança de nome para “Odontologia Social” (CHAVES, 1986). O termo Odontologia Social sugere algo mais abrangente que Sanitária, pois essa se propõe a uma prestação de serviço de maior qualidade, de menor custo, com simplificação técnica, aproveitamento de recursos humanos não especializados e participação comunitária. Porém, esse continuava sendo um modelo vertical, e limitado, uma vez que não questionava o modelo flexneriano. O termo odontologia simplificada foi utilizado para denominar essa prática e foi tido como sinônimo de odontologia comunitária, que, por sua vez, tem estreita ligação com o termo medicina comunitária (NARVAI, 2002; PINTO, 2000).

A medicina comunitária é uma prática de caráter complementar que coexiste com a medicina científica, sendo seu objeto as classes sociais excluídas (NARVAI 2002; PINTO, 2000). Trata-se de uma medicina remodelada com o instrumental da administração científica do trabalho. Nesse quadro, os princípios tayloristas, aumento da produtividade e diminuição de custos, foram fundamentais na estruturação das várias características de funcionamento dos Serviços de APS (VASCONCELOS, E., 1989).

A odontologia caracterizou-se, então, pela ênfase na prevenção, diminuição de passos clínicos em determinadas técnicas sem perder a qualidade, racionalização do espaço físico e do material de consumo, simplificação de instrumental e padronização, bem como a utilização do trabalho em equipe, surgindo nessa fase as categorias auxiliares, como Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e Técnico em Higiene Dental (THD) (PINTO, 2000), atualmente designados, respectivamente, Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e Técnico em Saúde Bucal (TSB). Houve um forte investimento no modelo incremental que vinha sendo praticado nas escolas.

Esse modelo, embora excludente por dar ênfase a escolares, tem grande importância histórica. Ao ser avaliado, permitiu reflexões de como poderia ser um modelo ideal, pois, a expressão comunitária remetia à participação da comunidade, embora ainda como objeto, ou seja, um agente passivo que só recebia o serviço (PAIM, 2003a). Dessa forma, concluiu-se que esse deveria evoluir para uma participação democrática (NARVAI, 2002).

1.1.4. 1980 até os dias de hoje: modelo plural

Entre a década de 1980 e os dias de hoje, o país vivenciou uma transição democrática com o surgimento da Nova República. A data é marcada pela VII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em que, em 1980, pela primeira vez, a odontologia discutiu sobre a sua contribuição em programas nacionais de saúde. Nessa conferência, pôde-se concluir que o modelo de assistência se caracterizava por: ineficácia, ineficiência, descoordenação, má distribuição, baixa cobertura, alta complexidade, enfoque curativo, caráter mercantilista e monopolista, e, principalmente, inadequação no preparo de recursos humanos (NARVAI, 2002).

Posteriormente, em 1986, houve a realização da VIII CNS, que contou com ampla participação da sociedade. Nela, foram discutidos os principais problemas de saúde, tendo, como produto final, um relatório que trazia os princípios da Reforma Sanitária que passaram a fazer parte do texto final da Constituição de 1988, em que a saúde foi considerada um direito de todos e dever do Estado. Estabeleceu-se, então, o Sistema Único de Saúde com os seguintes princípios: integralidade, universalidade, descentralização, hierarquização e participação popular (CARVALHO et al., 2001). Vale ressaltar a contribuição de odontólogos nas discussões dentro das equipes de trabalho da conferência, reconhecendo a necessidade da mudança proposta (FRAZÃO; NARVAI, 2009).

A fundamentação do SUS remete a questões relativas ao entendimento do processo saúde-doença, socialmente determinado, que é base teórico-ideológica da Saúde Coletiva. Assumir isso é admitir que na sociedade há desigualdades, e que, na prática em saúde, há politicidade (OLIVEIRA et al., 1998). Assim sendo, surge no início da década de 1990, um novo termo para denominar a odontologia social, a Saúde Bucal Coletiva, com um novo significado. A partir de então, pressupõe-se que a odontologia deveria sair da passividade e ir ao encontro das necessidades populacionais, tendo em vista a inserção da comunidade na formulação das políticas, e, desenvolver uma práxis capaz de recuperar as dimensões política e social (NARVAI, 2002).

Para Botazzo (2006), no discurso odontológico ficam ressaltados os componentes mecânicos da sua prática dos quais decorre a ênfase nas técnicas e no adestramento das mãos. Segundo ele, uma primeira tarefa para Saúde Bucal Coletiva

seria o de recuperar a fisiologia e apresentar na forma de trabalhos que a boca realiza em um sujeito que está vivo, trabalha e fala.

Sendo assim, os saberes “odontologizantes”, ou seja, apenas recuperar a função dentária e ditar regras de limpeza, não dão conta de recuperar o homem por inteiro (BOTAZZO, 2006). Ter um olhar social implica assumir questões já incluídas na Constituição Federal que apresenta o conceito ampliado de saúde, conforme abordado na II Conferência Nacional de Saúde Bucal e citado por Narvai (2002). A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, transporte, lazer, acesso aos serviços de saúde e à informação, portanto, não pode ser vista à parte do sistema de saúde e de suas estratégias de reorganização.

Com base nesse conceito, fica impossível pensarmos em ações isoladas como solução única de problemas de saúde bucal, e emerge a necessária ação intersetorial, bem como, a necessidade do olhar transdisciplinar sobre as demais dimensões que condicionam o conceito saúde doença (RONCALLI, 2000).

Frente à necessidade de profissionais preparados para a demanda do SUS, com perfil generalista (BALDANI et al., 2005) e que conheçam as realidades sociais (SPINELLI, 1998), coube à Odontologia questionar-se para quem (grupo que será atendido posteriormente pelos profissionais formados) a universidade estava formando ou para que tipo de prática odontológica. Tendo em vista os limites das reformas curriculares baseadas em disciplinas, ressaltaram-se estratégias curriculares que levavam à inserção dos profissionais nos serviços de saúde onde as realidades sociais se impõem (SPINELLI, 1998).

Para a implementação do SUS, os anos 1990 assistiram a diversas mudanças resultantes da necessidade de ruptura com o modelo anterior. Mesmo assim, em 1994, na ocasião em que o MS criou o PSF, a odontologia ainda não havia sido contemplada (BALDANI et al., 2005). Como uma forma de reverter esse quadro, no ano de 2000, o MS lançou a Portaria nº 1.444 GM/MS que determinou a inserção da odontologia (BRASIL, 2000a) no programa e, dez anos depois da criação do PSF, havia iniciado suas atividades, em 2004, o governo Federal lançou o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, visando à organização da odontologia no âmbito do SUS, tendo como princípio a reorganização do modelo de atenção, promovendo o encontro de diversos saberes entre sujeitos usuários e sujeitos profissionais (BRASIL, 2005).

A Política Nacional de Saúde Bucal resultou de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal, teoricamente fundamentados nas proposições geradas em encontros de odontologia e saúde coletiva, bem como, nas deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Bucal (BARTOLE, 2006). A publicação das “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” reiterou o compromisso do Estado em prover as ações de Saúde Bucal (COSTA, G. et al., 2009).

Segundo Bartole (2006), é como se essa política fosse sendo construída ao lado do SUS e, no final, houve a necessidade de se vincular a esse sistema público de saúde. Tal política apresenta grande consistência técnico-científica, pois, além de observar as características locais, regionais, culturais, sociais, econômicas e epidemiológicas, traça seus fundamentos ancorando-se no ideário do SUS (BARTOLE, 2006; COSTA, G. et al., 2009).

1.2. Considerações sobre a organização do trabalho em saúde

As práticas de saúde são consideradas trabalho, porque sua ação visa à produção de um bem ou serviço para a sociedade, com intuito de satisfazer necessidades de seus indivíduos e alterar um estado de carecimento (CARVALHO, 2012).

O trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporeidade, braços, pernas, cabeça e mãos, a fim de se apropriar da matéria natural numa forma útil à própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza (MARX, 1983, p.149).

Segundo Mendes Gonçalves (1992), as duas ideias mais gerais e abstratas que delimitam o conceito de trabalho humano são as de “energia” e “transformação”, conjugadas em um único processo. Com isso se quer expressar que algo que havia antes se transforma em outro depois, por meio de um processo no qual certa quantidade de energia se aplicou.

A produção que resulta do trabalho pode ser tanto um bem material, um produto acabado, ou um serviço que encontra sua demanda na sociedade, que, mesmo imaterial, é um bem. Ambos os tipos de trabalho buscam a produção de "algo" que visa satisfazer uma necessidade, ou seja, o que é produzido possui uma utilidade, seja material ou imaterial (SOUZA; COSTA, 2010).

Portanto, o trabalho é sempre ligado a uma finalidade, presente antes e durante todo o processo, para que no final se produza um resultado que já existia virtualmente na imaginação do trabalhador. Assim, o que distingue o processo de trabalho humano não é apenas o gasto de energia, mas a capacidade de intelectualizar a execução do trabalho (MARX, 1983; GONÇALVES, 1992).

O momento da realização da atividade do trabalho é o que se chama de trabalho concreto, ou trabalho vivo. Trata-se da produção de uma obra como uma necessidade de o indivíduo ser para si, na construção da sua identidade individual, e de ser para os outros, na construção do ser social. Desse modo, a vocação produtiva do trabalho é mais do que a produção no seu sentido econômico; ela é, no seu sentido mais amplo, a produção de sentidos para a vida (SOUZA; COSTA, 2010).

Já os saberes sistematizados, os produtos ou resultados de trabalhos humanos anteriores, ao entrarem em novos processos de trabalho como meios de produção, constituem o trabalho morto. E são "chamados de trabalho morto neste processo porque, apesar de ser produto de um trabalho vivo, agora ele é incorporado como uma "cristalização" deste trabalho vivo" (MERHY, 2006, p. 83). Por trabalho vivo é compreendido o trabalho em ato, a atividade produtiva e criativa do trabalhador.

A "técnica", ou a instrumentalidade no "fazer", é o momento da utilização dos meios de trabalho. O trabalho como atividade produtiva representa implementação de uma técnica, o saber-fazer, que envolve a habilidade e capacidade do sujeito em utilizar os instrumentos e saberes no ato do trabalho. A técnica singulariza cada trabalho em particular, o que quer dizer que cada indivíduo tem o seu modo próprio de utilizar a técnica. Por mais prescrito e controlado que seja o trabalho, encontrar o sentido da técnica dá a possibilidade de criatividade e autonomia do sujeito que trabalha (SOUZA; COSTA, 2010).

No caso da saúde, estamos diante de um processo que acontece imediatamente na produção da ação, essa não está sendo ofertada no mercado como coisa

externa, que “se vai e pega”. Nesse momento, tem-se um encontro e uma negociação, em ato, dos encontros de necessidades (MERHY, 2006).

Nesses encontros, Gonçalves (1992) analisa a presença de instrumentos materiais e não materiais. Os primeiros são os equipamentos, materiais de consumo, medicamentos, instalações, outros. Os segundos são os saberes, que articulam os sujeitos e os instrumentos materiais (natureza intelectual) (PEDUZZI; SCHRAIBER, c2009).

Merhy (2002, 2006) amplia as contribuições teóricas sobre a organização tecnológica do trabalho estabelecidas por Gonçalves (1992), em especial retomando de Marx o conceito de trabalho morto e trabalho vivo e introduzindo uma tipologia de tecnologias em saúde: tecnologias leve, leve-dura e dura.

As tecnologias relacionais envolvidas no trabalho em saúde, tais como, produção de vínculo, acolhimento, autonomização e gestão como forma de governar processos são denominadas de tecnologias leves. Os saberes estruturados que operam o processo de trabalho em saúde, tais como, a clínica, a epidemiologia e o taylorismo, de tecnologias leve-duras; e os equipamentos tecnológicos, tais como máquinas e estruturas organizacionais, de tecnologias duras (MERHY, 2002).

Na vida em movimento, o trabalho vivo em ato vai além dos limites do instituído. É possível pensar o trabalho vivo como fonte de novos procederes, como no caso da saúde, expressando-se como autogoverno e processos intercessores (MERHY, 2006).

Com isso, existe a necessidade de se compreender esses distintos autogovernos em busca de mecanismos que pretendam “desprivatizá-los”, sem anulá-los, mas, sim, expondo-os à discussões mais públicas dos seus sentidos, submetendo-os a um “controle” pelo coletivo dos interessados, presentes no interior de um espaço “publicizado” de gestão sem perder o sentido final do trabalho em saúde que é o de defender a vida dos usuários, por meio da produção do cuidado (MERHY, 1999. 2006).

Ou seja, pelo fato de o trabalho em saúde realizar-se em organizações profissionais, aquelas que, segundo Mintzberg e Quinn (2001), permitem ao trabalhador um certo grau de liberdade para que haja mais motivação na atuação profissional, o trabalho deverá ser organizado de forma mais negociada pelo coletivo de trabalhadores, uma vez que esse, “está aí incluído, com seus saberes, com sua força de trabalho (...) como agente que pode mobilizar transformações” (MISHIMA, 2003, p.17).

Ainda em relação ao objeto de trabalho, especificando melhor, no setor saúde, pode-se considerar que são as necessidades humanas de saúde (PEDUZZI; SCHRAIBER, c2009). Para Merhy (2004), parece um grande desafio se procurar a combinação ótima entre eficiência das ações e a produção de resultados usuários centrados, isso é, se procurar a produção do melhor cuidado em saúde, aquele que resulta em cura, promoção e proteção de saúde individual e coletiva.

Para ele (MERHY, 2004), há de se conseguir uma combinação ótima entre a capacidade de se produzir procedimentos com a de produzir cuidado. Além disso, afirma que existem três questões básicas que são vitais para se alcançar esse fim: (i) o fato de que um dos pontos nevrálgicos do sistema de saúde localiza-se na micropolítica dos processos de trabalho, no terreno da conformação tecnológica da produção de atos de saúde, nos tipos de profissionais que os praticam, nos saberes que incorporam, e no modo como representam o processo saúde-doença; (ii) a outra faz referência aos processos gerenciais necessários para operar o gerenciamento do cuidado e o modo como os interesse do usuário, corporativos e organizacionais atuam no seu interior; (iii) e, por último, a composição da caixa de ferramenta (ou instrumentos) necessária para que os gestores dos serviços de saúde consigam atuar sobre esse terreno singular que é a saúde.

Nos deteremos agora à segunda questão colocada acima, os processos gerenciais. Para Mishima (2003, sic, p.120),

O processo de coordenação/gerência do processo de trabalho na instância local também se faz necessário, no sentido de adequar os princípios e diretrizes do projeto político assistencial, ajudar na explicitação da diferenças de compreensão da tarefa que se tem a apreender, colaborar com a definição de regras e normas para a organização do cuidado a ser efetivado pelas equipes, assim como “compatibilizar” os conflitos que se farão presentes.

Portanto, pode-se dizer que o objeto de intervenção da gerência são os trabalhadores (gestão de pessoas) e a própria organização do trabalho (gestão do processo de trabalho).

O centro de saúde é uma certa “arena”, onde operam distintos agentes institucionais com perspectivas de ação nem sempre comuns, todavia não necessariamente contraditórias também. Mais do que buscar a funcionalidade não cumprida, a gestão institucional seria toda intervenção de governo que possibilitasse ‘publicitar’

os processos de disputas e revelar a “contratualidade” que os agentes instituem entre si (MERHY, 2006).

Qualquer possibilidade de se mexer em processos de trabalho encontra, como parte de seus desafios, mexer com as cabeças e os interesses. Com isso, talvez, fique mais claro que pensar mudança de um processo institucional nos posiciona diante de uma situação de alta complexidade, e que não basta possuímos o controle de uma receita para a ação, com técnicas puramente administrativas, mesmo considerando que deter o controle e as tecnologias para realizar intervenções em organizações seja um componente importante e básico da “caixa de ferramentas” dos grupos envolvidos. Mas, sem dúvida, isso não é o suficiente (MERHY, 2006).

Isso acontece, porque as teorias administrativas são embasadas estritamente na racionalidade instrumental, com grande ênfase na disciplina e no controle dos trabalhadores, cujo objetivo principal tem sido a busca da eficácia e da eficiência, com pouca importância para os meios destinados à obtenção desses resultados (MISHIMA, 1995).

No entanto, o próprio campo da administração tem se questionado em relação ao que foi exposto, concluindo que as diferentes Teorias Gerais da Administração trata-se de racionalidades distintas, mas não excludentes e que resgatar as teorias administrativas, em seus aspectos positivos e negativos, contribui para a fundamentação de escolhas e para experimentação de novos modelos de gestão (CHIAVENATO, 2011).

Um exemplo, que revela o quanto o campo da administração tem se questionado, é a mudança de designação de Recursos Humanos (RH) para Gestão de Pessoas. Segundo Mascarenhas (2008), um modelo de gestão de pessoas transcenderia a operação dos tradicionais subsistemas de RH (treinamento, remuneração, movimentação de pessoas etc.), abrangendo os princípios, os conceitos, as práticas e as prioridades em uma organização, que fundamentariam a definição e a utilização de ferramentas de gestão para direcionar o comportamento humano no trabalho, incluindo aí estratégias de ação de gestores e de funcionários, e de líderes e de liderados.

Trata-se de considerar o trabalhador de saúde um homem que expressa, no desenvolvimento de seu trabalho, não só as questões objetivas inerentes a esse, ou seja, o quê fazer, por quê fazer e como fazer, lidando com a dimensão técnica de seu trabalho. Mas, além disso, imprime seus modos específicos de compreender e

realizar seus projetos, coloca em movimento seu jeito particular de enxergar a vida, seus desejos, suas vontades, seus valores, seus medos, suas aflições, suas dores da alma, em suma, a subjetividade presente em seus momentos da vida cotidiana, que o fazem uma pessoa singular (MISHIMA, 2003).

As considerações acima demonstram a importância dos processos gerenciais para se atingir ações eficazes, das quais, um dos aspectos mais relevantes, é a organização do trabalho. Nesta tese, assim como Dejours (1992), entendemos por organização do trabalho, um conjunto de ações que são realizadas em um serviço, como, por exemplo, a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade, entre outras.

JUSTIFICATIVA

2. JUSTIFICATIVA

O PSF tem sido apresentado pelo MS como reorientador do modelo de atenção em saúde.

Segundo Costa *et al.* (2009, p. 116, sic),

A evidência científica demonstra que a expansão do PSF tem favorecido a equidade e universalidade da assistência, uma vez que as equipes têm sido implantadas, prioritariamente, em comunidades antes restritas quanto ao acesso aos serviços de saúde. Entretanto, não se pode admitir, só pelas estatísticas, que a integralidade das ações deixou de ser um problema na prestação da atenção, é necessário analisar os aspectos relacionados às práticas de saúde e aos processos de trabalho cotidiano.

Nessa perspectiva, questiona-se por que uma estratégia respaldada em um modelo teórico expressivo, capaz de modificar aspectos medulares importantes do sistema de saúde, não estaria sendo resolutiva (COSTA, G. et al., 2009). Avalia-se, portanto, que, no cotidiano dos serviços de saúde, bons encontros têm sido dificultados por questões diversas que incluem tanto conflitos entre necessidades e interesses quanto carência de recursos e sentimentos de instabilidade provenientes dos contratos precários de trabalho (FARIA, 2010).

Para que o processo de mudanças no modelo de atenção ocorra, há a necessidade de que as mudanças aconteçam em múltiplas dimensões, no nível macro – mudanças políticas, ideológicas, jurídico-legais e organizacionais – e no nível micro – nas práticas de saúde em si – (MERHY, 1999). Existe a necessidade de se analisarem os processos de trabalho em saúde como aspecto chave para promover mudanças no sistema de saúde, no sentido de que se atinjam práticas cuidadoras, resolutivas, dirigidas à expansão da vida e às necessidades de saúde dos sujeitos (FARIA, 2010; FRANCO, 2003).

Torna-se importante analisar o que ocorre no cotidiano e o modo como o trabalho se desenvolve, no sentido de que não basta a força da lei para mudar modelos, sem que as práticas e as relações dos sujeitos envolvidos na produção da saúde também sejam transformadas (CAMPOS, 2007b; COSTA, G. et al., 2009; MERHY, 1999, 2002, 2004). Nesse sentido, justifica-se pesquisar a organização do trabalho desenvolvido nos serviços de saúde bucal, lançando interesse nas relações que perpassam as produções cotidianas.

É com essa inquietação que elaboro a questão central deste trabalho: como está organizado o trabalho das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica em Saúde de municípios brasileiros de pequeno porte?

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Analisar a organização do trabalho em saúde bucal nas equipes da Rede de Atenção Básica de Saúde em municípios de pequeno porte do norte do Paraná.

3.2. Objetivos específicos

- ✓ Apresentar o contexto da pesquisa e identificar como o serviço de Saúde Bucal está organizado;
- ✓ Caracterizar os profissionais e descrever a organização do trabalho das Equipes de Saúde Bucal nos municípios pequenos;
- ✓ Compreender como é o gerenciamento do trabalho das Equipes de Saúde Bucal;
- ✓ Analisar o desafio da implantação e implementação da Política Nacional de Saúde Bucal.

4. METODOLOGIA

Esta tese faz parte de uma pesquisa maior denominada “Gestão do Processo de Trabalho na Rede de Atenção Básica de Saúde em Municípios de Pequeno Porte da Região Norte do Paraná”, que contou com apoio financeiro da Fundação Araucária, obtido na Chamada de Projetos 08/2009 – Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (NUNES et al., 2010).

4.1. Delineamento do estudo

Este é um estudo transversal teórico-empírico, de natureza analítica-compreensiva, com abordagem quantitativa/qualitativa. Esse desenho de pesquisa híbrido justificou-se pela complexidade do fenômeno pesquisado e encontra respaldo em teóricos como Strauss e Corbin (2008, p. 42), para quem “os pesquisadores podem e devem fazer combinações de procedimentos. Quanto maior a flexibilidade que os cientistas têm para trabalhar, mais criativa tendem a ser suas pesquisas”.

A abordagem quantitativa foi selecionada para caracterizar o perfil dos trabalhadores da saúde e para descrever a forma como o serviço de Saúde Bucal está organizado. Em um dado momento, essa abordagem metodológica se imbricou à abordagem qualitativa, visando: (i) compor a análise do trabalho da ESB da rede de Atenção Básica do SUS; (ii) analisar como é o gerenciamento do trabalho das ESB; e (iii) analisar o desafio da implantação e implementação da Política Nacional de Saúde Bucal.

A opção pela metodologia qualitativa aconteceu frente à necessidade de aprofundamento da análise do tema escolhido. Segundo Minayo (2010), a metodologia qualitativa preocupa-se com os significados, os motivos, as aspirações, as crenças, os valores e as atitudes, resultantes de ação humana objetiva, apreendidos no cotidiano da experiência e da explicação das pessoas que vivenciam determinado fenômeno. Tomando-se como fenômeno o trabalho, essa abordagem foi fundamental para proporcionar a escuta dos trabalhadores que atuavam no serviço de forma a aprofundar os achados quantitativos obtidos na primeira fase da pesquisa.

Para Minayo (2010), os métodos quantitativos e qualitativos traduzem, cada qual à sua maneira, as articulações entre o singular, o individual e o coletivo nas ações protagonizadas pelos serviços de saúde. Para ela, a interação dialógica entre ambos aportes (não por justaposição ou subordinação de um desses campos) constitui avanço inegável para compreensão de uma determinada realidade, que, apesar de ser um recorte, uma redução ou uma aproximação, enseja o desenvolvimento de teorias e de novas técnicas cooperativas.

4.2. Local do estudo: municípios de pequeno porte da região norte do Paraná

O Paraná está situado na região sul do país. O Índice de Desenvolvimento Humano Médio (IDH-M) que incorpora três dimensões básicas de desenvolvimento (educação, longevidade e renda) desse estado é de 0,749, sendo essa a quinta posição no *ranking* nacional (ATLAS..., 2013).

A região norte desse estado apresenta valores satisfatórios de IDH-M (a maioria semelhante ao da média do estado), tanto nos municípios polos como nos periféricos, segundo o que atesta o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES) (INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, 2003). O norte do estado, depois da região metropolitana de Curitiba, trata-se da circunscrição geopolítica mais importante do Paraná. Sendo que o eixo dinâmico Londrina/Maringá, por exemplo, constitui-se em importante corredor para o fluxo de pessoas e mercadorias, dada a sua situação geográfica estratégica, viabilizando a integração com a região sudeste e com o Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) (ROCHA, 2004).

No entanto, pesquisadores constataram uma acentuada perda de população em grande parte das cidades, em decorrência do processo de mecanização da agricultura e pelo baixo desenvolvimento das cidades pequenas (ROCHA, 2004). Observa-se, então, uma distribuição heterogênea da população formando vazios demográficos que redundam em estagnação econômica em grande parte dos municípios (ROCHA, 2004).

O presente trabalho foi realizado em municípios de pequeno porte da região norte desse estado representada pelas regiões administrativas de Apucarana, Londrina e Cornélio Procópio, segundo classificação do IPARDES (INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, 2011). Deve-se salientar que os municípios de pequeno porte, que somam 4.485 municípios em todo território nacional, são aqueles que possuem população de até 20.000 habitantes e representam 73% dos municípios brasileiros (BRASIL, [20--?]), sendo de extrema pertinência social a investigação de fenômenos que ocorrem nesses locais.

Essas regiões administrativas correspondem às Regionais de Saúde (RS) da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA/PR), sendo: Apucarana denominada 16ª RS, Londrina denominada 17ª RS e Cornélio Procópio denominada 18ª RS (Figura 1). No norte do Paraná, a área de abrangência dessas três regionais de saúde conta com 50 municípios de pequeno porte, aproximadamente 85% do total de municípios da região e, possui, em sua maioria, uma rede de serviços no âmbito da Atenção Básica com boa cobertura populacional (próximo de 100%), com atuação de equipes de Saúde Bucal em sua totalidade (Apêndice A).

Para a consecução dessa pesquisa, participaram 49 gestores de 50 municípios, posto que um gestor de um município se recusou a participar. Assim, o âmbito desse estudo foi restringido sendo, pois, realizado em 49 municípios, os quais contam com 82 Unidades Básicas de Saúde, que configuraram, igualmente elementos focais de nossa atenção.

Na sequência, apresenta-se a figura 1 que exhibe a distribuição das 22 Regionais de Saúde do Estado do Paraná, tal como configuradas em 2012:

Figura 1 – Distribuição das 22 Regionais de Saúde do Estado do Paraná, 2012.



Fonte: PARANÁ (2012)

4.3. Operacionalização do estudo

Os trabalhos do grupo de pesquisa no qual este trabalho se insere iniciaram no início do ano de 2010 com o convite feito a representantes de três Regionais de Saúde do Estado do Paraná (16^a, 17^a e 18^a), e visando angariar seu apoio à proposta de investigar a gestão do processo de trabalho em municípios de pequeno porte da região em que atuavam.

Após a redação de um projeto preliminar, os integrantes do grupo participaram de reuniões do Colegiado de Gestão Regional, entre os meses de junho e julho de 2010, em que foram apresentados aos gestores municipais os objetivos da pesquisa. Após serem esclarecidas as dúvidas e solicitados a autorização (Apêndice B) e o apoio para a coleta de dados, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e obteve parecer favorável (CEP 232/39) (Anexo 1) no ano de 2010 e ao edital 08/2009 – Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS): Gestão Compartilhada em Saúde da Fundação Araucária (NUNES et al., 2010).

A operacionalização desta pesquisa se deu em duas etapas que serão descritas separadamente para melhor compreensão. A coleta de dados da primeira etapa, designada quantitativa, aconteceu de julho a dezembro de 2010. A segunda etapa, designada qualitativa, aconteceu nos meses de junho e julho de 2011, com exceção do segundo grupo focal da 18^a RS que aconteceu em junho de 2012.

Deve-se destacar a parceria estabelecida entre os membros da academia e os trabalhadores do serviço, o que viabilizou este trabalho. Nela, os profissionais das regionais de saúde foram responsáveis pelo agendamento de todas as fases da coleta de dados, pelo transporte dos pesquisadores e pelo incentivo aos trabalhadores para preencherem e enviarem os questionários formulados para a referida coleta.

Outro destaque importante é que a realização do segundo grupo focal da 18^a RS somente ocorreu após um ano da primeira tentativa, devido à dificuldade logística para a viabilização do encontro, o que não trouxe prejuízos à pesquisa tendo em vista que a organização do serviço, os gestores e os profissionais que atuavam permaneceram os mesmos. O motivo para a realização do grupo focal numa segunda tentativa foi o baixo comparecimento de participantes na primeira.

4.4. Etapa quantitativa

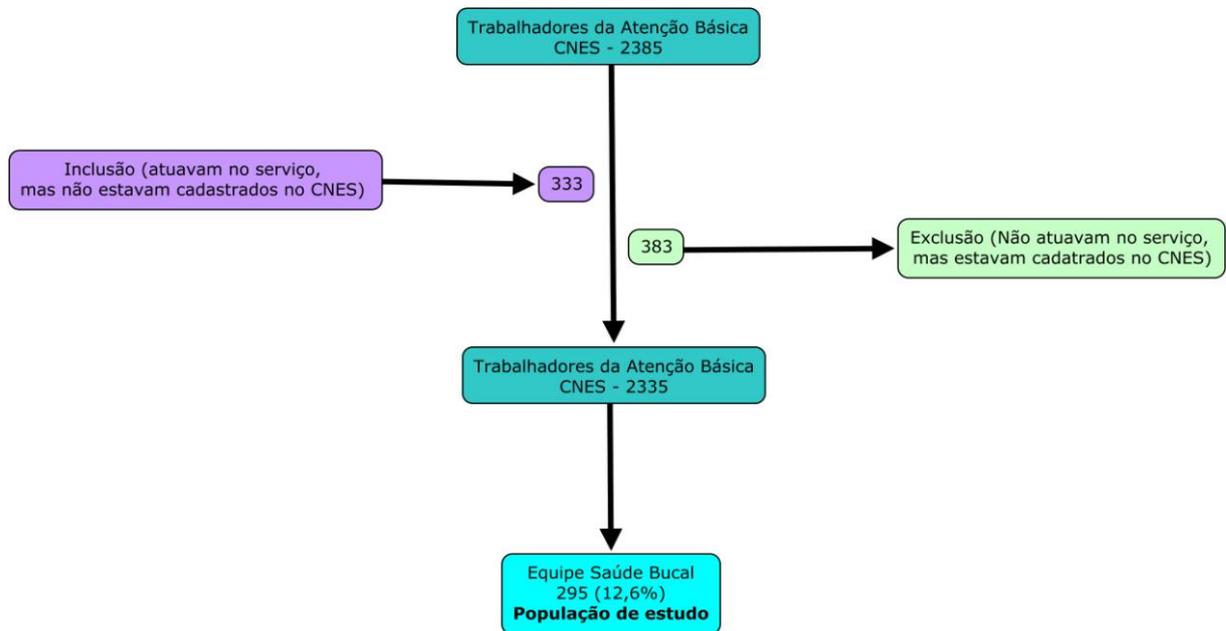
Para melhor compreensão didática, essa etapa será descrita em quatro tópicos.

4.4.1. População de estudo

A população de estudo foi composta por trabalhadores da ESB dos municípios de pequeno porte da região norte do Paraná. Para a definição dessa população, foi feito um levantamento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), competência janeiro de 2010, de todos profissionais que atuavam na Atenção Básica nas regionais de saúde focalizadas, excluindo-se o município em que o gestor recusou a participação na pesquisa do município em que atuava (BRASIL, 2010b). Nesse levantamento, constatou-se que 2.385 trabalhadores atuavam nas três regionais de saúde.

Após essa aferição, os pesquisadores visitaram todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e realizaram entrevistas aos trabalhadores presentes e deixaram questionários impressos para serem respondidos pelos trabalhadores que não se encontravam no local. Aqueles que haviam sido demitidos e/ou estavam atuando em outro serviço que não a Atenção Básica foram considerados como “exclusão”, para fins da projeção numérica. E os que não constavam da lista do CNES, mas atuavam na Atenção Básica, foram incluídos na pesquisa, totalizando uma população de 2335 trabalhadores.

Do total desses profissionais, 295 atuavam na ESB, ou seja, 12,6% (Apêndice C), conforme figura 2:

Figura 2 – Definição da população de estudo da etapa quantitativa.

Após a definição da população de estudo, iniciou-se a coleta de dados

4.4.2. Coleta de dados

Na primeira fase da pesquisa, optou-se pela aplicação de questionários, que são um instrumento de coleta de dados constituído por uma série ordenada de perguntas, que deveriam ser respondidas por escrito. É considerada uma técnica de observação direta pelo fato de estabelecer um contato efetivo com as pessoas implicadas no problema investigado (THIOLLENT, 1987).

Assim, para a coleta de dados, foram elaborados dois questionários: um específico para trabalhadores (Apêndice D) e outro para coordenadores de UBS (Apêndice E). Esses foram aplicados em estudo piloto no município de Cambé (PR) que faz parte da 17ª RS, mas que não faz parte da população de estudo, pois possui mais de 20.000 habitantes. Após a revisão dos questionários e correções, iniciou-se a coleta de dados.

Ambos os questionários elaborados eram idênticos no que se refere ao perfil dos trabalhadores. O que diferenciou um de outro foi o fato de que, nos questionários dos coordenadores, havia questões referentes à gestão do trabalho da UBS.

Por se tratar de um recorte de uma pesquisa maior, do questionário enviado aos trabalhadores foram analisadas as respostas dos profissionais que atuavam na ESB, e, do questionário enviado aos coordenadores, foram analisadas as questões referentes ao processo de trabalho da ESB.

A identificação de quais trabalhadores exerciam o papel de coordenadores de UBS foi feita pelo secretário municipal de saúde, cabendo a esse indicar pelo menos um trabalhador de cada UBS. Em alguns municípios, todos os enfermeiros da ESF foram indicados pelos gestores, sendo que uma UBS comporta até três equipes; em outros, somente um profissional foi indicado, independente da quantidade de equipes no município. Com isso, no total, foram indicados 95 coordenadores.

Os pesquisadores entregaram aos coordenadores das Unidades de Saúde os questionários validados e duas vias do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice F) em envelopes individuais. No ato da entrega, também foram feitas orientações quanto ao preenchimento do instrumento.

Os coordenadores das Unidades de Saúde ficaram responsáveis por repassar os questionários aos demais trabalhadores da unidade. Após o preenchimento desses, o coordenador deveria enviá-los juntamente a uma via do termo de consentimento assinado, via malote, para a RS, em até dez dias após a data de recebimento. Aqueles profissionais que não aceitaram participar e os que não foram encontrados após três contatos telefônicos foram considerados “perdas”.

4.4.3. Variáveis de estudo

As variáveis de estudo foram agrupadas em quatro categorias: (i) a organização do serviço público de saúde; (ii) os atores que compõem a ESB; (iii) os atores que gerenciam/influenciam o trabalho da ESB; e (iv) as características da gestão da ESB. Essas variáveis são descritas a seguir.

4.4.3.1. A organização do serviço público de saúde

- ✓ Relação Equipe Saúde Bucal – Equipe Saúde da Família
 - 1ESB:1ESF
 - 1ESB:2ESF
 - 1ESB:3 ESF
 - Outra

- ✓ Realização de Tratamento Completo (TC)
 - Sim
 - Não

4.4.3.2. Os atores que compõem a ESB

- ✓ Categoria profissional
 - Cirurgião Dentista
 - Técnico em Saúde Bucal
 - Auxiliar de Saúde Bucal

- ✓ Regional que atua
 - 16ª RS
 - 17ª RS
 - 18ª RS

- ✓ Atuação no Programa Saúde da Família
 - Sim
 - Não

- ✓ Sexo

- ✓ Faixa etária
 - ≤ de 29 anos
 - De 30 a 44 anos
 - De 45 a 59 anos
 - ≥ 60 anos

- ✓ Tempo de atuação no Programa Saúde da Família
 - ≤ 3 anos
 - > 4 – 9 anos
 - ≥ 10 anos

4.4.3.3. Os atores que gerenciam/influenciam o trabalho da ESB

- ✓ Coordenação do Serviço
 - Cirurgião Dentista
 - Gerente da Unidade de Básica de Saúde
 - TSB
 - ASB
 - Não tem coordenação
 - Outro

4.4.3.4. As características da gestão das ESB

Essas variáveis foram divididas em dois eixos, tanto na parte quantitativa como na parte qualitativa: “As características da gestão de pessoas” e “As características da gestão do processo de trabalho”. Essa divisão foi feita a partir do raciocínio de que o objeto de intervenção da gerência em uma organização são os trabalhadores da unidade (gestão de pessoas) e o trabalho que eles executam (processo de trabalho).

As características da gestão de pessoas

Entende-se como gestão de pessoas, o conjunto de políticas e práticas necessárias para conduzir os aspectos da posição gerencial relacionados com os trabalhadores (CHIAVENATO, 1999). Para se obter melhor compreensão didática, utilizou-se a divisão clássica da área de administração proposta por Chiavenato (1999) - recrutamento, seleção, treinamento, recompensas e avaliação de desempenho.

Recrutamento: seleção e vínculo empregatício

- ✓ Forma de ingresso no serviço público
 - Concurso público/teste seletivo
 - Formas subjetivas de ingresso: *Currículo Vitae*, entrevista, indicação e outros (cargo comissionado, contrato, sem concurso)

- ✓ Tipos de vínculos
 - Cargo comissionado
 - Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT)
 - Contrato temporário
 - Terceirizados
 - Estatuto do Servidor Público
 - Outros

Treinamento

- ✓ Formação profissional
 - Formação das coordenadoras de UBS
 - Graduação
 - Pós-Graduação
 - Curso preparatório para gerência

- Formação dos profissionais da ESB
 - Ensino Médio incompleto
 - Ensino Médio completo
 - Superior incompleto
 - Superior completo
 - Pós-Graduação

As áreas de Pós-Graduação foram categorizadas em áreas de especializações voltadas para a Atenção Básica ou Especializações em outras áreas (mais voltadas para práticas privadas):

- Especializações voltadas para a Atenção Básica: Administração de Serviços de Saúde, Especialização em ESF/PSF, Mestrado em Saúde Pública, Odontopediatria, Residência em Odontologia e Saúde Coletiva/Saúde Pública.
- Especializações em outras áreas: Acupuntura, Ciências Fisiológicas, Dentística Restauradora, Endodontia, Endo Implante, Mestrado em Dentística, Mestrado em Endodontia, Ortodontia, Periodontia e Prótese.

Recompensa – remuneração e jornada de trabalho

- ✓ Remuneração mensal bruta (Valor Base Salário Mínimo (SM) Federal, que, na época da pesquisa, era de R\$ 510,00)
 - ≤ 2 salários mínimos
 - de > 2 a ≤ 4 salários mínimos
 - > 4 a ≤ 6 salários mínimos
 - > 6 salários mínimos
- ✓ Características da remuneração (questões com respostas SIM ou NÃO);
 - Pontualidade do recebimento de salário
 - Recebimento de incentivo salarial
 - Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS)

- ✓ Jornada de trabalho
 - Carga horária contratada
 - ≤ 20 horas
 - > 20 a 40 horas
 - > 40 horas
 - Carga horária cumprida na UBS
 - ≤20 horas
 - > 20 a 40 horas
 - > 40 horas
 - Percentual de cumprimento de carga horária contratada
 - 100%
 - < 100% a > 50%
 - ≤ 50%
 - Carga horária cumprida fora da UBS
 - Não trabalha fora
 - ≥1 a 20 horas
 - > 20 horas
 - Número de vínculos ou inserções no trabalho
 - 1 vínculo
 - 2 vínculos
 - 3 vínculos
 - 4 ou mais

Avaliação de desempenho

- ✓ Avaliação dos trabalhadores pelos coordenadores de UBS (questões com respostas SIM ou NÃO)

Características da gestão do processo de trabalho

Entende-se gestão do processo de trabalho como a tarefa de gerenciar a organização do trabalho de um serviço de saúde. Segundo Mishima (2003), é necessário refletir sobre a gerência dos serviços de saúde como uma potente ferramenta para imprimir uma dada direcionalidade aos processo de trabalho em saúde nas unidades locais, no sentido de produção de cuidados de saúde, não se restringindo ao desenvolvimento de atividades burocráticas (MISHIMA, 2003). Foram utilizadas questões com respostas SIM ou NÃO.

- ✓ Utilização de protocolo ou manual de rotinas
- ✓ Realização de reuniões com a equipe
- ✓ Realização de ações de Educação Permanente em Saúde
- ✓ Realização de planejamento
- ✓ Realização de avaliação de ações e serviços
- ✓ Discussão de metas com a equipe

4.4.4. Tabulação e análise dos dados

A digitação e a dupla digitação dos dados quantitativos ocorreram nos meses de dezembro de 2010 a abril de 2011 no Programa EPI INFO versão 3.5.1. para Windows (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2008) pelos alunos de iniciação científica que participaram do projeto sob coordenação do pesquisador e após capacitação para a utilização do programa.

Para procedimento de validação, foram comparados e, após correção, obteve-se o banco de dados definitivo para análise de frequências.

Para análise descritiva, utilizaram-se as medidas de ocorrência médias e desvio-padrão. As respostas das questões abertas foram reunidas em categorias temáticas.

4.5. Etapa qualitativa

Para melhor compreensão didática, essa etapa será descrita em três tópicos: (i) população de estudo; (ii) coleta de dados e (iii) análise de dados.

4.5.1. População de estudo

Participaram do estudo coordenadores de UBS e ESB.

Para a seleção dos participantes da etapa qualitativa, foi feito o agrupamento dos municípios pesquisados, considerando-se o porte populacional, o número de Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde Bucal, com a finalidade de se manter certa proporcionalidade, conforme a síntese apresentada na tabela 1.

Tabela 1 – Número de coordenadores de Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde Bucal convidados a participarem do grupo focal nos municípios de pequeno porte das 16^a, 17^a e 18^a Regionais de Saúde, de acordo com o porte populacional, estado do Paraná, 2010.

Porte populacional	Coordenadores	
	UBS	ESB
16^a Regional		
Municípios de até 5.000 habitantes	3	4
Municípios de 5.001 até 10.000 habitantes	9	10
Municípios de 10.001 até 15.000 habitantes	-	-
Municípios de 15.001 até 20.000 habitantes	4	4
Total	16	18
17^a Regional		
Municípios de até 5.000 habitantes	4	4
Municípios de 5.001 até 10.000 habitantes	2	2
Municípios de 10.001 até 15.000 habitantes	7	7
Municípios de 15.001 até 20.000 habitantes	3	3
Total	16	16
18^a Regional		
Municípios de até 5.000 habitantes	7	7
Municípios de 5.001 até 10.000 habitantes	7	8
Municípios de 10.001 até 15.000 habitantes	9	9
Municípios de 15.001 até 20.000 habitantes	-	-
Total	23	24

Após esse agrupamento, os participantes foram indicados por membros da RS obedecendo aos seguintes critérios:

- ✓ Tempo de pelo menos um ano de experiência no PSF;
- ✓ Reconhecido envolvimento no trabalho com o PSF;
- ✓ Ter participado da primeira fase da pesquisa; e
- ✓ Ter interesse em participar de discussão sobre o trabalho gerencial.

Dessa forma, na 16ª RS, foram convidados dezesseis coordenadores de UBS e dezoito coordenadores de ESB (Tabela 1), sendo que compareceram nove e quatorze, respectivamente. Na 17ª RS, foram convidados dezesseis coordenadores de UBS e dezesseis coordenadores de ESB (Tabela 1), sendo que compareceram doze e dez, respectivamente. Por fim, na 18ª RS, foram convidados 23 coordenadores de UBS e 24 coordenadores de ESB (Tabela 1), sendo que compareceram doze e dois, respectivamente. Nessa regional, em razão do baixo comparecimento, e para que fosse mantida a proporcionalidade de participantes, houve um segundo convite aos coordenadores de ESB e, então, doze deles compareceram.

Os grupos foram formados da seguinte maneira: quando compareciam doze ou mais pessoas eram realizados dois grupos focais, com um mínimo de seis participantes em cada. Houve uma exceção em relação ao segundo grupo de Cornélio Procópio, em que compareceram, no total, doze profissionais, mas em que foi organizado apenas um grupo focal, pois duas pessoas chegaram após o início da coleta, e, pelo fato de que se tratava de municípios distantes, os convidados que chegaram atrasados não foram impedidos de participar da pesquisa. Consideramos que isso não causou prejuízo para o andamento do trabalho.

Os nomes dos municípios que enviaram representantes não foram divulgados para se manter o sigilo do trabalho, uma vez que em alguns municípios atuava apenas uma ESB.

4.5.2. Coleta de dados

Para a coleta de dados da etapa qualitativa, optou-se pelo instrumento metodológico do grupo focal. Acerca disso, Westphal, Bógus e Faria (1996) indicam que consiste na reunião de um grupo de pessoas para discutir e explorar determinado assunto, proporcionando ao pesquisador conhecer e compreender as percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre um determinado fenômeno.

Essa metodologia é muito utilizada quando se deseja planejar ações e avaliar serviços de saúde. Sua principal característica é que conta com a participação direta dos sujeitos inseridos na realidade que se busca pesquisar (IERVOLINO; PELICIONI, 2001). Desse modo, sendo útil para delinear etapas metodológicas que favoreçam a elaboração dialética do pensamento grupal levando à construção coletiva do conhecimento (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004).

Os grupos focais devem ser compostos por seis a dez participantes que devem estar associados ao tema que será discutido. Deve haver também a presença de um facilitador, ou moderador, responsável por manter a discussão focada no assunto selecionado e estimular a participação de todos, bem como, a de um ou dois observadores que devem direcionar sua atenção sobre os participantes do grupo no intuito de identificar posturas (impressões verbais e não verbais) e cuidar da aparelhagem áudio visual (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004; IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

Os dados, assim obtidos, são de natureza essencialmente qualitativa e o número ou quantidade de grupos deve ser definido a partir do objetivo da pesquisa, sendo seu limite delineado pela saturação obtida por meio do esgotamento dos temas (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002; IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

Os dados foram coletados por meio de grupo focal com duração média de uma hora e trinta minutos. O objetivo do grupo focal foi compreender a dinâmica do trabalho gerencial realizado nas unidades, levando-se em conta seus diferentes aspectos: relações interpessoais; planejamento e avaliação local, participação social; organização do processo de trabalho; mecanismos de gestão e tecnologias utilizadas no trabalho gerencial; facilidades e dificuldades existentes no cotidiano do trabalho. Durante os grupos, a abertura para abordagens adjacentes conduziu o trabalho para categorias empíricas referentes à organização do serviço.

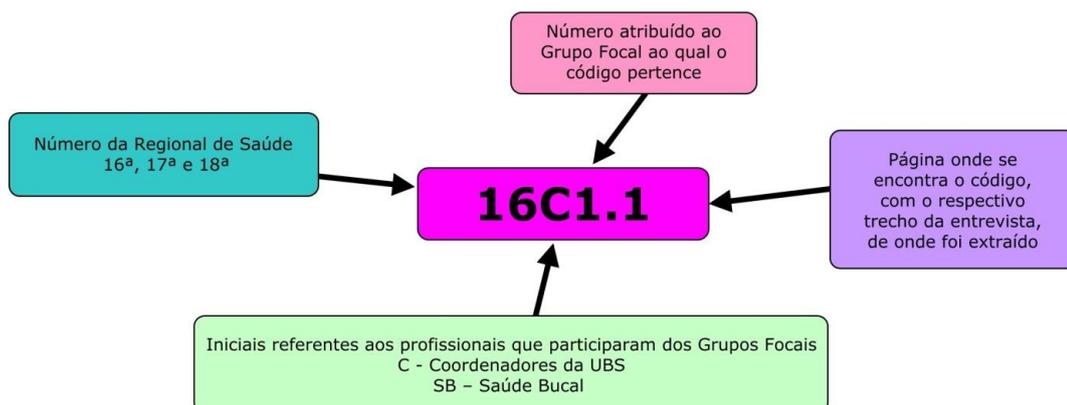
Antes do início da sessão, os integrantes foram informados dos objetivos, da participação voluntária, foram garantidos o sigilo e o anonimato, bem como, solicitada a autorização para gravação das discussões. Os participantes, ao concordarem em participar, preencheram um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice F). As discussões do grupo focal foram orientadas por um roteiro (Apêndice G) e mediadas por uma coordenadora e duas observadoras, integrantes do grupo de pesquisa.

4.5.3. Análise de dados

Para realizar o processamento e a análise dos resultados na abordagem qualitativa, procedeu-se à transcrição das gravações dos grupos focais na íntegra e houve uma posterior conferência por membros do grupo de pesquisa. Os vícios de linguagem foram retirados para melhor fluidez da leitura.

Na exposição dos resultados, foram atribuídos códigos alfa numéricos aos trechos dos discursos conforme figura 3.

Figura 3 – Código alfanumérico atribuído aos grupos focais.



Para análise dos dados, foi utilizado o método de análise de discurso proposto por Martins e Bicudo (2005), que abrangeu dois momentos: o primeiro consistiu da análise individual ou ideográfica e o segundo consistiu da análise geral ou nomotética.

Assim, no primeiro momento, foram realizadas leituras das descrições, ou seja, do discurso coletivo, obtidos nos grupos focais. O objetivo dessas leituras foi fazer a apropriação do conteúdo dos discursos pelo pesquisador. Para Martins e Bicudo (2005, p. 95), o pesquisador não deve ser “um mero espectador, mas, alguém que procura chegar aos significados atribuídos vivencialmente”.

Após as leituras, foram discriminadas as unidades de significado. Segundo Martins e Bicudo (2005), as unidades de significado são palavras ou frases que possuem algum sentido na perspectiva do fenômeno em questão. Elas não estão prontas no texto, sendo percebidas pela atitude, pela disposição e pelas interrogações do pesquisador. Assim, é possível que diferentes pesquisadores identifiquem diferentes unidades de significado.

Depois de identificadas, elas foram interpretadas, isso é, as expressões cotidianas do sujeito foram transformadas em uma linguagem mais clara e compreensível a fim de tornar evidente o sentido transmitido. Ainda nesse momento, foram feitas as convergências das unidades de significados dentro de cada discurso.

A esse respeito, Brandão (2004, p. 103) atesta que:

O desafio que a análise do discurso se propõe é o de realizar leituras críticas e reflexivas que não reduzam o discurso a análises de aspectos puramente linguísticos nem o dissolvam num trabalho histórico sobre a ideologia. Ela opera com o conceito da ideologia que envolve o princípio da contradição que está na base das relações de grupos sociais, cujas ideias entram em confronto, numa correlação de forças.

No segundo momento, foi feita a análise geral ou nomotética, que consiste na compreensão e articulação dos diferentes discursos, como exemplos particulares, em algo mais geral. Nessa etapa, ocorreu a releitura dos grupos focais; em seguida, tomando as unidades de significados interpretadas, foram realizadas as aproximações e as convergências e divergências presentes. Essa aproximação, que buscou as evidências entre as unidades de significado, possibilitou a construção de categorias empíricas que configuram a estrutura do fenômeno estudado, conforme figura 4.

Figura 4 – Quadro com as categorias e subcategorias analíticas.

Categoria	Subcategorias
Contextualização da pesquisa	1) A cidade pequena 2) A organização do serviço público de saúde bucal
Configuração da organização do trabalho da ESB	1) Os atores que compõem a ESB 2) Características que compõem a organização do trabalho da ESB
Dinâmica do processo gerencial com foco na ESB	1) Os atores que gerenciam/influenciam o trabalho da ESB 2) As características da gestão da ESB
Desafio da implantação/ implementação da Política Nacional de Saúde Bucal	1) Os princípios do SUS 2) A direção do serviço

Tais categorias foram apresentadas em mapas conceituais. O mapa conceitual é uma técnica de mapeamento que permite estabelecer relações entre conceitos e sistematizar conhecimento. Essa técnica possibilita organizar, representar, visualizar e compartilhar informações (RODRIGUES; CERVANTES, 2013).

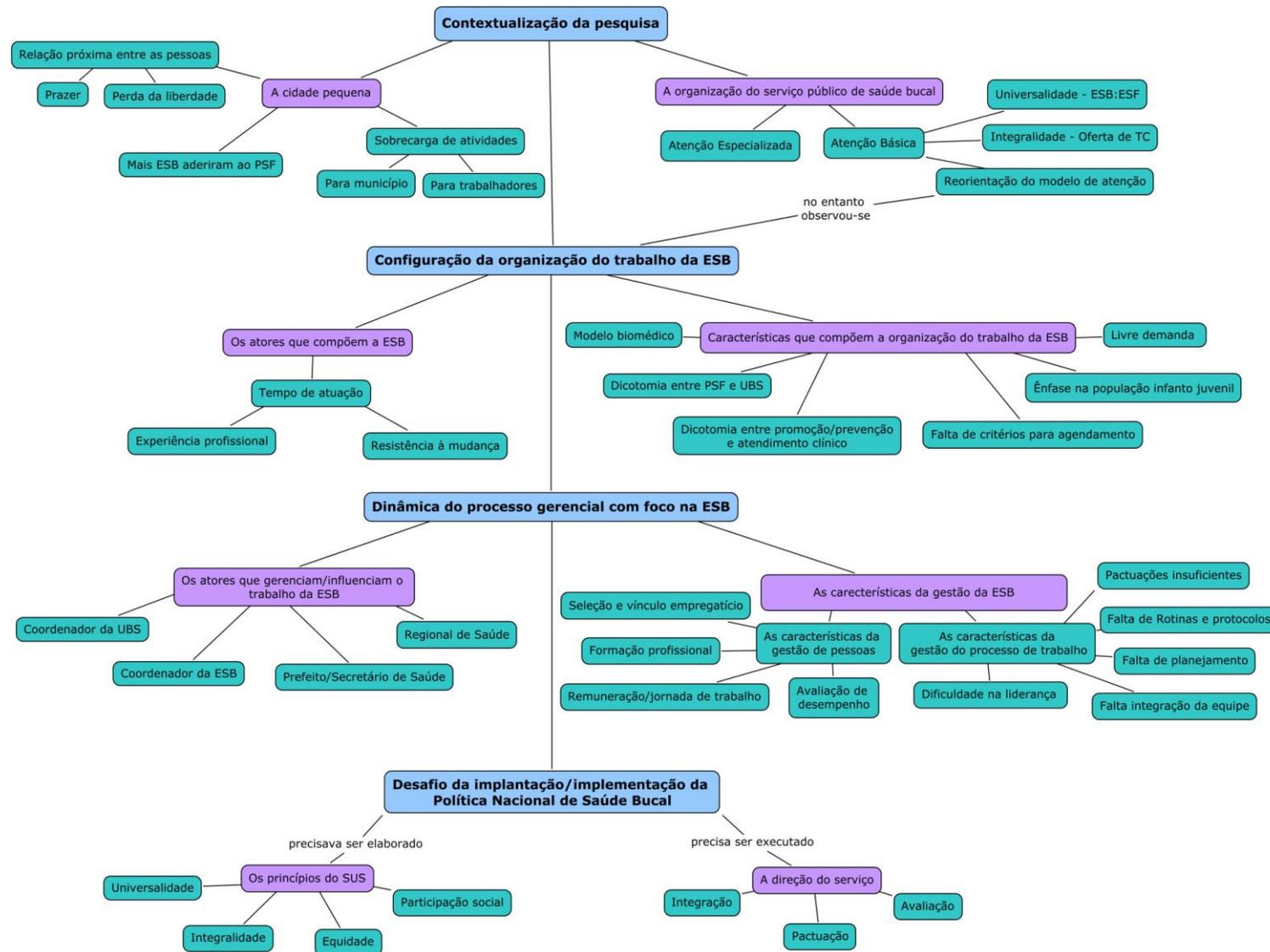
No presente trabalho, esses foram desenhados utilizando-se a ferramenta Cmaptools versão 5.05.1. Essa ferramenta trata-se de um *software* livre desenvolvido pelo Institute for Human Machine Cognition (IHMC) da University of West Florida (CMAPTOOLS..., 2013).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados e discutidos em quatro tópicos. No primeiro, será apresentado o contexto da pesquisa. No segundo, será descrita a configuração da organização do trabalho da ESB. No terceiro, será analisada a dinâmica do processo gerencial com foco na ESB. E, no quarto, será discutido o desafio da implantação/implementação da Política Nacional de Saúde Bucal. A organização do presente capítulo consta sintetizada à figura 5 que segue:

Figura 5 – Mapa conceitual das categorias e subcategorias analíticas.



Quanto ao questionário específico para coordenadores de UBS dos 49 municípios que aceitaram participar da pesquisa, houve perda de quatro municípios, pois os coordenadores indicados pelos gestores não responderam, alegando que não exerciam essa função. Dentre esses municípios, havia três da 16ª RS (dois municípios com menos de 5.000 habitantes e com uma UBS em cada, e um, com 5.001 a 10.000 habitantes e com duas UBS) e um da 18ª RS (com menos de 5.000 habitantes e com uma UBS). Em sete municípios, mais de um coordenador foi indicado pelo secretário de saúde, assim, 90 coordenadores de 77 UBS devolveram o instrumento preenchido.

Quanto ao questionário específico para trabalhadores, dos 295 profissionais que atuavam nas ESB das RS estudadas, responderam às questões 178 (60,3%). Registraram-se 117 (39,6%) perdas, sendo que 29 (9,8%) se recusaram a participar e 88 (29,8%) não enviaram os questionários após três contatos telefônicos. A taxa de resposta foi de 60,3% dos questionários enviados, sendo que, em todas as regionais, os auxiliares (TSB/ASB) apresentaram taxas mais elevadas do que os CD. Entre as regionais, os profissionais da 17ª foram os que mais responderam (Tabela 2).

Tabela 2 – População de estudo nos municípios de pequeno porte das 16ª, 17ª e 18ª Regionais de Saúde, estado do Paraná, 2010.

Regional	Categoria profissional	População de estudo	Perdas		Total de entrevistas	%
			Recusas	Não envio		
16ª	CD	45	-	21	24	53,3
	TSB/ASB	38	-	16	22	57,9
17ª	CD	58	17	3	38	65,5
	TSB/ASB	62	12	4	46	74,2
18ª	CD	53	-	29	24	45,3
	TSB/ASB	39	-	15	24	61,5
Total	-	295	29	88	178	60,3

FONTE: BRASIL (2010b), Visitas às Unidades Básicas de Saúde

Essa taxa de resposta pode ser considerada boa, por se tratar da utilização de questionários autoaplicáveis e enviados pelo respondente à RS via malote sem

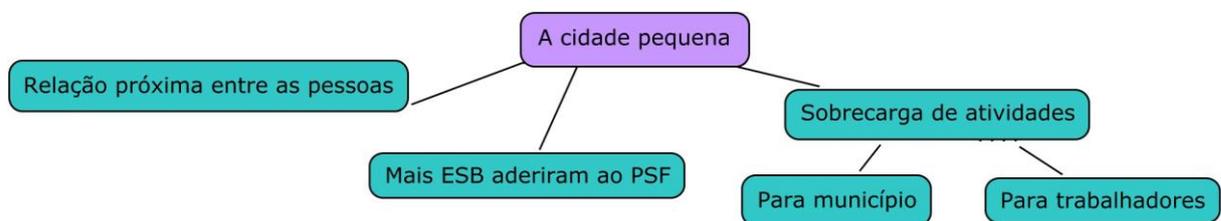
incentivo monetário, comparando-se com pesquisa realizada por Baptistella Filho, Mazzon e Guagliardi (1980) que estudaram a taxa de retorno de questionários enviados pelo correio e o máximo que obtiveram foi 32,9%, em casos em que se utilizou, como estratégia de motivação, o incentivo financeiro.

5.1. Contextualização da pesquisa

A Categoria “Contextualização da pesquisa” será apresentada em duas subcategorias: “A cidade pequena” e “A organização do serviço público de saúde bucal”.

5.1.1. A cidade pequena

Figura 6 – Mapa conceitual da subcategoria analítica “A cidade pequena”.



Os municípios estudados eram municípios de pequeno porte, ou cidades pequenas, conforme o linguajar popular. Essa caracterização torna-se importante na medida em que o modo de “andar a vida” das pessoas nesse local apresenta-se com características peculiares que devem ser consideradas no momento de se analisar a atuação dos profissionais e as políticas da área da saúde.

Para Mattos (2004, p. 1.414, sic),

os modos de andar a vida não são escolhas das pessoas, mas emergem do próprio modo como a vida se produz coletivamente. O modo de andar a vida de um sujeito não pode ser compreendido como dissociado do modo como a vida anda num certo lugar, aonde ele vive.

Nessa mesma perspectiva e de acordo com os participantes da pesquisa, na cidade pequena, a relação entre as pessoas é muito próxima. Vejamos o excerto (1) que segue:

(1) Você faz receita na padaria, dá anti-inflamatório no açougue. Então você pergunta “qual a relação?”, a relação é pessoal, você conhece os pacientes, você conhece o pai a mãe, não todos, mas se ele for duas vezes no consultório, você já começa a conhecer onde ele mora, a situação dele, então a coisa é pessoal. (18SB1.19)

Embora possa haver uma possível sensação de perda de liberdade, uma vez que os profissionais eram abordados fora do local de trabalho e, muitas vezes, em horário de descanso, relataram sentir prazer em ser referência. Isso pode ter acontecido devido à impressão de terem o domínio sobre a situação, pois, segundo eles, em cidade pequena, muitas atividades dependiam de um único profissional. Além disso, sentiam-se valorizados, devido ao prestígio de conhecerem “todo o mundo”, de se tornarem amigos dos pacientes e de fazerem a diferença na vida das pessoas daquele local. Vejamos os excertos (2) e (3) que ilustram bem esse posicionamento:

(2) Eu falo às vezes seria melhor eu estar no postinho de uma cidade grande, um postinho só meu, que eu não vou ser chefe, ia ser mais fácil, mas é que nem ela falou, às vezes é gratificante, nosso trabalho dá certo, as coisas funcionam e às vezes tem a sobrecarga que pesa pra todo mundo. (18C1.35)

(3) a gente tem que ter respeito por aquelas pessoas que você está atendendo, dá prazer, eu sou amigo do pessoal que eu trabalho, que vem pra eu atender, eu sou amigo deles, eu conheço todo mundo. (17SB1.44)

Em vários momentos, os participantes dos grupos focais utilizaram o termo “cidade pequena” como explicação e/ou justificativa para o modo como as coisas aconteciam no dia a dia da organização, como, por exemplo, ao explicarem:

- A aproximação da população e dos trabalhadores com a gestão, que pode ser depreendida a partir do excerto (4) que segue:

(4) Na cidade pequena, ele (o prefeito) sai na rua e encontra todo mundo. Se você esperar no portão dele você fala com ele a hora que você quiser, na porta da prefeitura. Ele dá até o celular particular para as pessoas. (16C1.7)

- A aproximação da população com os funcionários da UBS, que pode ser depreendida a partir do excerto (5) que segue:

(5) Isso é bem cidade pequena mesmo. É porque todo mundo observa o que o funcionário está fazendo, não adianta, o pessoal da saúde em cidade pequena é visado. (17C1.17)

- A aproximação entre os funcionários da UBS, que pode ser depreendida a partir do excerto (6) que segue:

(6) Na parte da manhã, ela está na vigilância sanitária e na parte da tarde, ela fica dentro da UBS. Então tudo ela passa na hora, então como a gente trabalha junto, integrado, tudo é na hora, não tem como não saber. E a cidade é pequena também. (17C1.12)

- A sobrecarga de atividades dentro da UBS, que pode ser depreendida a partir do excerto (7) que segue:

(7) Cidade pequena é o seguinte, a unidade básica de saúde, por exemplo, está fazendo PSF, está fazendo Pronto Socorro, faz tudo. (18C2.28)

Embora a sobrecarga de atividades possa ser considerada um fator negativo desse contexto, os demais aspectos, aqui levantados, podem ser considerados fundamentais para um bom desempenho dos serviços de saúde, uma vez que todos eles estão ligados aos princípios que são desejados na organização do sistema: gestão democrática e participativa, vínculo com a população e trabalho em equipe (BRASIL, 2011a).

Todos esses elementos serão discutidos mais à frente, mas, em uma análise incipiente, pode-se dizer que, em municípios de pequeno porte, apesar desses facilitadores, existem alguns aspectos da organização, em relação à micro e à macro política, que dificultam o funcionamento do serviço e que geram a sobrecarga de tarefas.

Além disso, a proximidade das pessoas em cidades pequenas pode levar a uma política orientada para os interesses pessoais. Houve referência que a ingerência política interfere na autonomia do gestor, caracterizando uma perda de liberdade que dificulta a coordenação e o desenvolvimento do trabalho (NUNES; CARVALHO;

SANTINI, 2012). Como exemplos de problemas dessa natureza nas regionais pesquisadas, foram citados:

- a interferência na alocação e na transferência de funcionários de um setor para outro, ou, até mesmo, a ocorrência de demissões por perseguição política;
- a interferência na escala de folgas e férias de funcionários;
- a alocação de pessoas por meio de cargos comissionados (ou de confiança) em funções para as quais essas não tinham qualificação técnica necessária;
- a supressão de penalidades atribuídas a funcionários que causaram problemas no trabalho;
- a dificuldade em fazer com que funcionários com respaldo e/ou proteção política cumprissem a carga horária de trabalho, assumissem compromissos e executassem suas atividades de acordo com a necessidade do serviço.

Pode-se acrescentar que, em cidade pequena, existe a dificuldade de se cobrar maior comprometimento do colega, tendo em vista a amizade que surge entre os profissionais. Essa dificuldade pode ser constatada em trechos tais como os apresentados no excerto (8):

(8) não conseguem separar o pessoal e amizade do trabalho, quando a gente não consegue fazer isso acho que tudo acaba “degringolando” mesmo, então acaba acontecendo os conflitos dentro dos próprios funcionários, então a gente acaba lidando com isso também (...) chegaram a se pegar no tapa por questões políticas (...) uma política muito próxima não é somente no poder maior que acaba nos travando, tem isso também, mas também dos menores (...) cada um quer ver o que é melhor pra si. (16 C1.38)

A descentralização política e administrativa da saúde produziu avanços positivos pela constituição permanente de arranjos decisórios, pactuações e iniciativas de cooperação intergovernamentais. No entanto, ainda persistem algumas dificuldades, tais como: indefinições de responsabilidades e atribuições, e também indefinição sobre uma política de pessoal compatível com as políticas de saúde (BRASIL, 2004b).

Para os entrevistados, com a municipalização, o Ministério da Saúde passou a delegar tudo para o município, causando uma sobrecarga de atividades administrativas sem um planejamento adequado. Eles relataram que, anteriormente, era mais bem definida a porcentagem de repasse das três esferas do governo, mas que, atualmente, recebem um “dinheirinho na conta e o ministério vai empurrando tudo goela abaixo” (18C2.28).

Nesse sentido, para eles, não existe uma estrutura administrativa, com atribuições bem definidas para os gestores das diferentes esferas de governo. Essa dificuldade traz um reflexo importante na execução do trabalho, tendo em vista que o gestor acaba não gerenciando (ou fazendo uma gerência precária) devido à sobrecarga de atividades. Vejamos o excerto (9) que ilustra as diversas atividades que o gestor assume em um município pequeno:

(9) ele [o gestor] fica para atender paciente também, para não falar não para o paciente, arrumar carro, ir atrás de remédio. (18C2.28, acréscimos do pesquisador)

A descentralização da gestão dos serviços de saúde no país não resultou automaticamente na transferência de capacidade gestora para as esferas municipais. Para além disso, potencializou problemas crônicos e desencadeou as mais diversas soluções e arranjos para que o gestor municipal pudesse executar as propostas de reformulação do sistema (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2006).

Esse fato foi previamente constatado e registrado no Plano Diretor em Municípios de Pequeno Porte, publicado pelo Ministério das Cidades, em que figura a necessidade da instituição de políticas específicas para essa categoria de municípios, devido à carência de estrutura para o planejamento e à baixa capacidade de gestão urbana para exercer a competência municipal constitucional (BRASIL, [20--?]).

No caso da odontologia, o fato de a região ser de pequeno porte foi um atrativo para implantação das ESB no PSF. No Paraná, segundo Baldani et al. (2005), 92,64% dos municípios com ESB eram de pequeno ou médio porte. Lourenço et al. (2009) demonstraram que no estado de Minas Gerais, os municípios de pequeno porte correspondiam a um percentual de 76% dos municípios que aderiram ao programa.

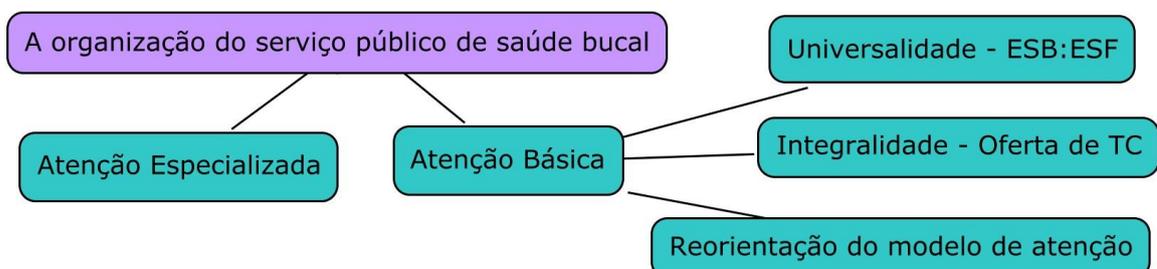
Manfredini (2006) explicou que o fato de os municípios maiores já disporem de algum tipo de rede assistencial, mesmo que de baixa cobertura populacional, talvez tenha sido um fator que não estimulasse a adoção da estratégia da saúde bucal no PSF.

Viana *et al.* (2006) e Bordin e Fadel (2012) corroboram com essa explicação e enfatizam que indicadores elevados de provimento em saúde podem estar relacionados a piores condições de saúde de uma população, considerando-se a urgente necessidade de alocação de recursos. Ainda segundo os autores, outro fator que pode levar a menores taxas de cobertura está relacionado à dificuldade na implantação da ESF em municípios de grande porte, principalmente até 2003, em decorrência da pressão exercida pelo setor privado em saúde, da política de repasse de recursos para o ESF, que priorizava os municípios de pequeno porte, ao vincular o valor transferido à taxa de cobertura do programa, e em decorrência da violência urbana, que repercutia no cotidiano das equipes de saúde da família, contribuindo para elevar a rotatividade profissional.

Destaca-se que nesta pesquisa a cobertura populacional da estratégia Saúde da Família era de 100% em 75,5% dos municípios (Apêndice A).

5.1.2. A organização do serviço público de saúde bucal

Figura 7 – Mapa conceitual da subcategoria analítica “A organização do serviço público de saúde bucal”.



Das 77 Unidades Básicas pesquisadas, 71 tinham o serviço de saúde bucal. Dessas, 47 (66,1%) tinham a relação de uma Equipe Saúde Bucal para uma Equipe Saúde da Família (1ESB:1ESF), conforme a tabela 3.

Tabela 3 – Relação de Equipe Saúde Bucal/Equipe Saúde da Família da Atenção Básica dos municípios de pequeno porte das 16^a, 17^a e 18^a Regionais de Saúde, estado do Paraná, 2010.

Equipe Saúde Bucal/Equipe Saúde da Família		
Relação de ESB:ESF	n	%
1ESB : 1ESF	47	66,1
1ESB : 2ESF	19	26,7
1ESB : 3ESF	2	2,8
Outra	3	4,2
Total	71*	100,0

*Referente ao número de unidades que tem Saúde Bucal

A Portaria nº 1.444 GM/MS (BRASIL, 2000a) determinou a inserção da odontologia no PSF e a Portaria nº 673 GM/MS (BRASIL, 2003) normatizou a relação entre ESB e ESF. Segundo essa portaria, podem ser implantadas, a critério do gestor municipal, quantas ESB forem necessárias, desde que não ultrapassem o número existente de ESF. Por meio dessa medida, a população sob responsabilidade de cada ESB passou a ser de quatro mil e quinhentos habitantes por equipe. Anteriormente, para cada ESB a ser implantada, deveriam estar implantadas duas ESF.

No Paraná, em 2002, em apenas 15% dos municípios, profissionais relataram que suas equipes detinham uma população adscrita maior do que o máximo recomendado pelo MS. Apesar disso, observou-se que existia dificuldade, por parte de algumas equipes, em desempenhar todas as atividades pertinentes a elas (BALDANI, et al., 2005).

Lourenço *et al.* (2009) encontraram uma relação de 1ESB:1ESF em 76% das unidades pesquisadas em Minas Gerais. Esses autores discutiram que, mesmo com essa relação equipe/habitante, a demanda era excessiva, com predominância das ações curativas, não sobrando tempo para outras atividades de prevenção.

Nas três regionais pesquisadas, 26,7% dos municípios (Tabela 3) apresentaram uma relação de 1ESB:2ESF. Isso acentua o problema de se organizar a demanda no norte do Paraná, pois, segundo Zanneti (2005), a equipe local, terá

dificuldade de dar conta da demanda reprimida se não estiver orientada programaticamente e, possivelmente, não cumprirá os princípios que regem a organização do sistema de saúde. Essa constatação pode ser observada pelo excerto (10), em que o participante aponta que:

(10) Na nossa cidade a gente trabalha com livre demanda e a gente não procura muito o paciente, eles vem, porque a gente já não vence a demanda, a gente já não está vencendo a demanda, se fizermos procura então. (18SB1.4)

Observou-se que, em 63 UBS (88,7% das que têm tratamento odontológico), os profissionais declararam que ofereciam rotineiramente alguma assistência odontológica na forma de Tratamento Completo (TC), no entanto, isso acontecia apenas para população infanto-juvenil. É possível observar isso no excerto (11) que segue:

(11) Às vezes é na criança que a gente fala assim: “mãe precisa voltar”. A mãe leva enquanto a gente não fala “está em alta”, ela não para de trazer, não para de agendar. Então, agora para os adultos é livre demanda. (16SB2.19)

Oferecer TC está relacionado a uma preocupação com a integralidade do serviço de saúde bucal. Os profissionais afirmaram que apresentaram dificuldades em oferecer TC no caso de adultos, devido à forma como está organizado o serviço para atendimento da livre demanda, com pouca oferta, muita procura e em horários em que o paciente não consegue comparecer ao atendimento, além das questões culturais, uma vez que o paciente quer que se resolva apenas a sua queixa principal, sendo que em caso contrário, chegam a reclamar para o prefeito, conforme é possível ler no excerto (12):

(12) a gente estava tentando fazer um agendamento, uma anamnese completa, para fazer um tratamento completo, mas lá com a gente não funcionava, porque eles não querem fazer, eles querem assim “eu quero”, você chega e pergunta “tem algum dente que te incomoda” “tem” “eu quero fazer esse”. (16SB2.19)

Diante de tais constatações, surge o questionamento da real resolutividade do PSF. Sobre esse assunto, Franco e Merhy (2006) consideram que o trabalho do PSF, ainda que tenha modificado a estrutura de funcionamento, como, por exemplo, formação de equipes de saúde da família, adscrição de clientela e territorialização, não modificou o modo de produção focado no modelo biomédico, nem conseguiu

reorganizar a assistência na Atenção Básica na forma como previam os textos ministeriais a respeito desse programa.

Pereira *et al.* (2012) estudaram o impacto da Estratégia Saúde da Família sobre a saúde bucal na população do Nordeste do Brasil de 12 municípios com mais de 100 mil habitantes e demonstram que a incorporação dessa ação pública está produzindo resultados que poderiam ser melhores. Para eles, há claros indícios de que o modo como as estratégias são estabelecidas em cada local seja fator determinante para a ocorrência ou não de impacto sobre os indicadores e que há, portanto, alguma característica peculiar do modelo de atenção em saúde bucal que faz com que não sejam obtidos impactos semelhantes aos obtidos quando se trata da saúde geral.

Para ser uma estratégia de construção do SUS, e não apenas um programa vertical do Governo Federal, é essencial que, em cada município, a implantação e desenvolvimento ocorra com acompanhamento e controle do respectivo Conselho de Saúde e com base em práticas democráticas de gestão (FRAZÃO; NARVAI, 2009).

No caso da odontologia, a maior dificuldade está em se romper com o modelo incremental que privilegia o atendimento a escolares (CHAVES, 1986) e o modelo da Atenção Precoce (ISSAO; FERELLE; WALTER, 1996), também conhecido como “bebê clínica”, que privilegiam o atendimento infanto-juvenil, mas não promovem a acessibilidade das outras faixas etárias, comprometendo, assim, os princípios da universalidade e da integralidade do SUS.

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para a sua expansão e a sua consolidação. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da Atenção Básica deverão seguir as diretrizes do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais (BRASIL, 2011a).

São características do processo de trabalho nesse nível de atenção (BRASIL, 2011a):

- I - definição do território de atuação e da população sob responsabilidade das UBS e das equipes;
- II - programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a prioriza-

ção de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde, segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se, aqui, o planejamento e a organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda, segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias que dificultem o acesso dos usuários ao sistema;

- III – desenvolvimento de ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;
- IV - realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;
- V - prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;
- VI - realizar atenção à saúde na UBS, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada;
- VII - desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;
- VIII - implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, o fomento a autonomia e o protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e a organização do serviço em função delas, entre outras;
- IX - participação no planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e da avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento, frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;

- X – desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;
- XI - apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; e
- XII – realização da atenção domiciliar, destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, e realização do cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos.

Escorel *et al.* (2007) estudaram os casos de dez municípios com população acima de 100.000 habitantes de quatro regiões do país, e afirmaram que não há uniformidade quanto às modalidades implementadas do PSF. Observaram que, quando adotado como estratégia de mudança, em alguns casos, o PSF desencadeou a reorganização do sistema de atenção, realizando-se como estratégia estruturante do sistema municipal. No entanto, em quatro casos, o PSF constituiu-se como um programa paralelo, com superposição de redes assistenciais básicas, correspondendo às críticas de focalização e seletividade com cesta mínima “promocional”, dirigindo-se apenas a grupos populacionais muito pobres e realizando algumas ações educativas e preventivas sem articulação à rede assistencial, não garantindo atenção integral.

Os achados da nossa pesquisa apontaram características semelhantes a esses quatro municípios, pois em muitos discursos, observou-se que os profissionais não entenderam que o PSF se tratava de uma estratégia de reorganização da Atenção Básica, permanecendo-se a focalização em população infanto-juvenil e gestantes, sendo que a garantia de assistência integral era algo incipiente.

O processo de implementação da estratégia da saúde família, bem como as ações relacionadas demandam um grande esforço por parte dos atores envolvidos para que não se percam de vista todos os princípios e as diretrizes que regem o programa, pois tais princípios apresentam-se de forma abrangente. A integralidade, por exemplo, além de ser um atributo das práticas de saúde, compreende a abran-

gência das respostas governamentais e os aspectos da organização dos serviços de saúde (MATTOS, 2004).

No caso dos serviços pesquisados, ficou evidente uma dicotomia entre PSF e UBS, em que o PSF tinha a finalidade de oferecer a promoção da saúde e prevenção, enquanto a UBS deveria oferecer um atendimento clínico. Segundo as coordenadoras da UBS, essas já haviam feito essa discussão com a equipe, mas os profissionais continuavam sem entender que se trata de uma única equipe de trabalho e que aquele local constitui uma Unidade Saúde da Família e não uma UBS mais PSF.

Esse entendimento se torna mais evidente quando se trata da organização do serviço de saúde bucal, em que alguns profissionais se negam a fazer atividades de prevenção, pois não fazem parte do PSF. Em alguns casos, o CD recebia um adicional para atender o PSF, mas o atendimento permanecia no modelo fragmentado. Isso é atestado por um dos participantes no excerto (13):

(13) Mas só funcionou porque são dois serviços paralelos. Somos funcionárias da prefeitura, concursadas da prefeitura e não do PSF. E daí no meio do caminho a gente entrou no PSF, a gente tem trabalho paralelo. De dia, amanhã de manhã a gente trabalha como dentista clínico, livre demanda, mas lá não é livre demanda, lá é agendado, e no período da tarde [...] a prefeitura complementa (remuneração) com o do PSF. (18SB1.7, acréscimos do pesquisador)

Alguns municípios apresentaram um serviço mais integrado, no entanto, a maior parte dos profissionais afirmou que enfrentava dificuldades para realizar um trabalho multiprofissional, conforme é possível analisar a partir do excerto (14) que segue:

(14) Não tem essa integração, esse trabalho em equipe, é mais a odontologia isolada, a enfermagem isolada. A palestra é só o dentista, não tem aquela equipe multiprofissional que deveria acontecer. (16SB1.14)

No caso do serviço de saúde bucal, autores atribuem a dificuldade de interação ao atraso de inserção da odontologia no PSF (BALDANI et al., 2005; LOURENÇO et al., 2009) aliado a uma formação individualista e tecnicista dos profissionais de saúde bucal que dificultam a abordagem do indivíduo como um todo e

pela demanda excessiva que toma grande parte do tempo das ESB, impedindo-a de interagir com os demais profissionais (LOURENÇO et al., 2009).

Em todas as unidades de saúde, houve relatos de dificuldade de encaminhamento para níveis mais complexos do sistema, sendo que, por se tratarem de municípios de pequeno porte, a alta complexidade e a média complexidade são referenciadas para municípios de médio e grande porte. As maiores dificuldades relatadas foram a distância entre um município e outro, e a oferta de poucas vagas. Segundo os pesquisados, a necessidade maior está na média complexidade em que as ações de saúde são realizadas nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), sendo que o serviço mais requisitado foi o de prótese odontológica.

Lourenço *et al.* (2009) observaram que, em Minas Gerais, apenas 28% dos casos de maior complexidade tinham um encaminhamento favorável para unidades especializadas. Alguns casos foram encaminhados para serviços particulares no próprio município e outros para municípios vizinhos. Os autores concluíram que a integralidade da atenção em saúde bucal ficava prejudicada com a grande maioria dos casos sem encaminhamentos resolutivos.

Souza e Roncalli (2007) observaram que o modelo assistencial desenvolvido pela saúde bucal ainda tenta desatar os nós críticos do referenciamento para a atenção secundária e terciária. Considerando a importância de oferecer à população todos os níveis de complexidade do tratamento para se garantir a integralidade da atenção, verificaram que a maioria dos municípios ainda não supria essa necessidade. Segundo esses pesquisadores, os gestores por eles entrevistados atribuíam essas dificuldades ao fato de não haver profissionais capacitados e centros de referência em saúde bucal em suas regiões.

Um dos problemas que agravava a situação foi o fato de os municípios não apresentarem critérios objetivos para encaminhamentos. Nas regionais pesquisadas, os profissionais preferiram escolher o paciente que tivesse melhor higienização, ou que fosse mais jovem (o que poderia dizer que estaria precisando de uma boa aparência para conseguir um emprego). Vejamos o excerto (15), em que pode-se ler:

(15) A gente conhece a população das cidades menores, então começa a fazer escolhas, por exemplo, tem dois pacientes lá para você encaminhar, um paciente que ele é higiênico, ele sempre está com os dentes em dia e o outro tem problema de canal, por trauma por alguma coisa. “Quem que você vai mandar?” “Aquele porquinho que não escova o dente?” (17SB1.16)

Nesse sentido, a falta de critérios para selecionar o paciente também foi constada na organização rotineira da demanda da UBS e será discutido mais à frente.

Dentre os municípios investigados, um apresentou uma estratégia para promover a integralidade do cuidado. O dentista relatou que os idosos não estavam utilizando a prótese e, como estratégia, organizou palestras para ensinar os principais cuidados com a prótese e solicitou a compra de um equipamento para fazer os ajustes no próprio município para não sobrecarregar o CEO.

Faria (2010) destaca a necessidade de se alterar a configuração dos processos de trabalho em saúde rompendo-se com o modelo médico hegemônico. Ela atesta que, sem isso, não se conseguem atingir as mudanças necessárias para ações cuidadoras e resolutivas. Portanto, as propostas de reorganização do sistema somente terão êxito quando associadas a uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde e do modo como as ações são desenvolvidas no cotidiano dos serviços.

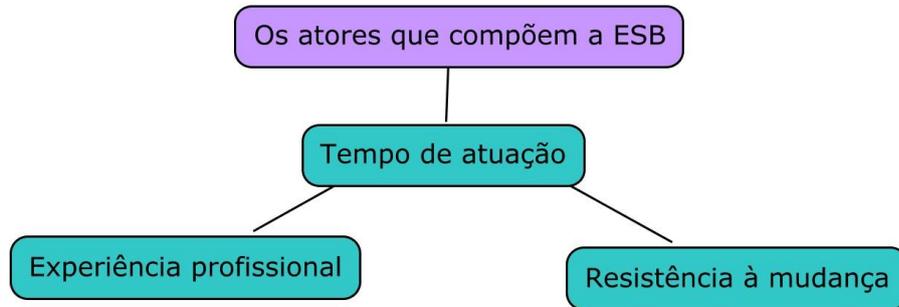
A seguir discutiremos a configuração atual do trabalho da ESB e possíveis mudanças organizacionais que poderão ser adotados pelos profissionais, tais como: privilegiar ações de promoção da saúde, dar mais ênfase na produção do cuidado, privilegiar o trabalho em equipe e organizar a oferta.

5.2. Configuração da organização do trabalho da ESB

A categoria “Configuração da organização do trabalho da ESB” será apresentada em duas subcategorias, “Os atores que compõem a ESB” e “Características da organização do trabalho da ESB”

5.2.1. Os atores que compõem a ESB

Figura 8 – Mapa conceitual da subcategoria analítica “Os atores que compõem a ESB”.



Dos 178 membros da ESB entrevistados, 86 (48,3%) eram CD, 26 (14,6%) eram TSB e 66 (37,1%) eram ASB e estavam distribuídos entre as RS conforme tabela 4. Todos informaram que estavam inseridos no PSF.

Tabela 4 – Distribuição dos trabalhadores da Equipe de Saúde Bucal dos municípios de pequeno porte das 16^a, 17^a e 18^a Regionais de Saúde, estado do Paraná, 2010.

Categoria profissional	Regionais de Saúde							
	16 ^a		17 ^a		18 ^a		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
CD	24	52,2	38	45,2	24	50,0	86	48,3
TSB	4	8,7	14	16,7	8	16,7	26	14,6
ASB	18	39,1	32	38,1	16	33,3	66	37,1
Total	46	100,0	84	100,0	48	100,0	178	100,0

A maioria dos entrevistados eram mulheres (78,1%). Sendo que, entre CD, 58,1% eram mulheres e, entre os TSB/ASB, apenas dois eram do sexo masculino (Tabela 5). Esse resultado corrobora o que foi aferido por um estudo elaborado pelo Instituto Brasileiro de Pesquisas Socioeconômicas (INBRAPE), realizado em 2003,

que apontou que 57,5% dos CD no Brasil eram do sexo feminino (INSTITUTO BRASILEIRO DE PESQUISAS SOCIOECONÔMICAS, 2003).

Observa-se o processo de feminilização na ESB e, assim, algumas hipóteses podem ser consideradas, tais como os campos que exploram a paciência, a observação, a minúcia, o acolhimento e que principalmente não provoca um rompimento radical com as atividades no âmbito doméstico (VILLALBA; MADUREIRA; BARROS, 2009).

Tabela 5 – Distribuição dos trabalhadores da Equipe de Saúde Bucal dos municípios de pequeno porte das 16^a, 17^a e 18^a Regionais de Saúde quanto à categoria profissional e sexo, estado do Paraná, 2010.

Categoria profissional	Sexo							
	Feminino		Masculino		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
CD	50	58,1	36	41,9	-	-	86	100,0
TSB	25	96,2	1	3,8	-	-	26	100,0
ASB	64	97,0	1	1,5	1	1,5	66	100,0
Total	139	78,1	38	21,3	1	0,6	178	100,0

A média de idade, entre os CD, foi de 37,9 anos (DP=10,5), entre os TSB foi de 38,1 anos (DP=7,9) e, entre os ASB, foi de 37,5 anos (DP=8,4). A faixa etária entre 30 e 44 anos foi predominante no total de participantes e em cada profissão (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição dos trabalhadores da Equipe de Saúde Bucal dos municípios de pequeno porte das 16^a, 17^a e 18^a Regionais de Saúde quanto à categoria profissional e faixa etária, estado do Paraná, 2010.

Categoria profissional	Faixa etária						Total	
	≤ 29 anos		30 a 44 anos		45 ou mais		n	%
	n	%	n	%	n	%		
CD	22	25,9	41	48,2	20	25,9	85	100,0
TSB	5	19,2	15	57,7	6	23,1	26	100,0
ASB	13	20,3	38	59,4	13	20,3	64	100,0
Total	40	22,9	94	53,7	41	23,4	175*	100,0

*O resultado não corresponde ao total de 178 entrevistados, pois três participantes não informaram idade

No estudo realizado pelo INBRAPE (2003), no ano de 2003, 29,5% dos CD tinham de 26 a 30 anos e dez anos após, pode-se observar que se manteve a predominância de profissionais dez anos mais velhos. Igualmente, no Espírito Santo foi encontrada uma média de 40,1 anos, para os CD (SANTOS NETO et al., 2012).

Esse resultado também é semelhante ao encontrado entre os CD no PSF do Rio Grande do Norte (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006). Os autores explicam que os profissionais que trabalhavam no PSF tinham mais idade por serem profissionais que estavam servindo no município no momento em que se implantaram as equipes, o que também pode ter ocorrido no norte do Paraná.

Com essa explicação, pode-se presumir que os profissionais inseridos na ESF já atuavam como CD há algum tempo, o que pode ter dois aspectos: um positivo, no que tange à experiência profissional, e um negativo, no sentido de já estarem habituados a uma forma de trabalho e terem de mudar devido à reorganização do serviço proposta pela estratégia saúde da família. Morin (2002) salienta que o novo pode despertar rejeição em alguns sujeitos que ficam incapazes de aceitar as novidades. Esse fato foi observado tanto para CD como para os profissionais auxiliares, tal como pode ser lido no excerto (16):

(16) tudo que o secretário pede para gente elaborar, fazer um programa, os funcionários, igual as auxiliares, tudo elas acham um empecilho, não vai dar certo por causa disso, não vamos fazer por causa daquilo, tudo que a gente pede ou quer fazer de diferente, saindo do consultório, do atendimento, elas acham ruim, não querem participar não querem fazer, só daquele jeito, o que sair daquilo, elas não querem fazer (elas não são pagas para isso – tom irônico). (17SB1.44)

Um grupo de profissionais da saúde bucal que atuam na atenção primária em saúde no município de Campinas (SP) procurou repensar seus modos de produzir o cuidado, direcionando-o às reais necessidades dos sujeitos que utilizavam esses serviços e, conseqüentemente, ampliar o acesso. Os profissionais afirmaram que o maior obstáculo encontrado foi a “resistência à mudança”. Segundo eles, foi algo percebido, sentido, verbalizado e registrado pelos integrantes do grupo no decorrer dos encontros (PEZATTO; L’ABBATE; BOTAZZO, 2013)

No entanto, essa resistência não pode ser utilizada como justificativa para não se modificar a forma de trabalho, tendo em vista que já se passaram alguns anos desde a implantação das ESB. Isso é tanto que, dos 104 profissionais que informaram o tempo de atuação na estratégia saúde da família, mais da metade já atuavam nela entre quatro a nove anos (Tabela 7). Nesse sentido, seria de esperar que já estivessem sensibilizados para a mudança de prática, caso essa não se apresentasse tão complexa e dependente de outras variáveis, tais como conhecimento dos princípios do SUS, gestão atuante, e envolvimento profissional.

Além disso, o maior tempo de permanência nas equipes poderia contribuir para melhor execução do trabalho, facilitando desde a qualificação dos profissionais até o desempenho das ações, tendo em vista a necessidade de adesão e incorporação de novos valores e o exercício de novas práticas de saúde, como, por exemplo, atuação multiprofissional, trabalho em equipe e maior vínculo com a população (BRASIL, 2004a).

Tabela 7 – Tempo de atuação dos trabalhadores da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família nos municípios de pequeno porte das 16^a, 17^a e 18^a Regionais de Saúde quanto à categoria profissional, estado do Paraná, 2010.

Categoria profissional	Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família						Total	
	≤ 3 anos		4 - 9 anos		≥ 10 anos		n	%
	n	%	n	%	n	%		
CD	22	45,8	23	48,0	3	6,2	48	100,0
TSB	2	13,3	8	53,3	5	33,4	15	100,0
ASB	13	31,7	22	53,7	6	14,6	41	100,0
Total	37	35,6	53	51,0	14	13,4	104*	100,0

* O resultado não corresponde ao total de 178 entrevistados, pois 74 participantes não informaram o tempo de atuação.

Por outro lado, torna-se necessário discutir que, entre os CD, haviam aqueles que tinham pouca idade (25,9% com menos de 29 anos) e ressaltar que 45,8% dos CD atuavam há menos de 4 anos. Uma análise mais específica poderia suscitar a seguinte discussão: será que o perfil de profissionais que as escolas de odontologia estão formando atualmente está diferente daquele que formavam anteriormente?

O ensino da odontologia tem origens diversas: as práticas dentárias dos barbeiros, cirurgiões e médicos; necessidade de organizar e articular sistemas de profissionalização, regulação e ensino das práticas de cura; mudanças nos padrões de compreensão das doenças bucais e das respostas técnico-científicas que se constituíram para elas. Ao modo de um tabuleiro de xadrez, políticas e estratégias foram se relacionando, estabelecendo e formando o sistema de ensino da odontologia consolidado na atualidade. Tais estratégias definiram e moldaram a subjetividade do cirurgião-dentista contemporâneo e também a clínica por ele desempenhada (WARMLING; MARZOLA; BOTAZZO, 2012).

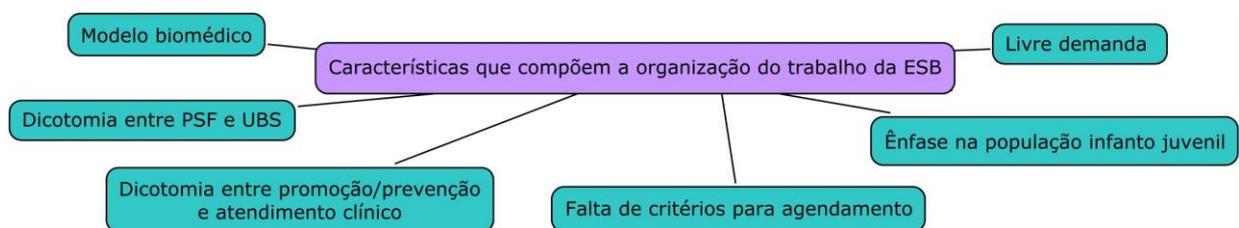
Nesse percurso, a clínica odontológica se aproximou e mesmo se confundiu com a técnica e a prótese dentárias. Sendo que, em muitos aspectos, as definições curriculares, após quase 130 anos de sua publicação e promulgação, continuam identificando as práticas (discursivas e não discursivas) dos profissionais de hoje e estabelecendo, na sua vigência, os modos de ser dentista na atualidade (WARMLING; MARZOLA; BOTAZZO, 2012).

Pode-se dizer que não é somente no PSF que a “Saúde Bucal” não se aproxima da “Saúde Geral” e coletiva como salientado acima. Nos próprios cursos de odontologia não se tem uma discussão mais ampliada dos significados da boca, o que Botazzo (2006) denomina de bucalidade, ou seja, existe a separação da boca da existência, ou seja, a ‘boca desvinculada’, do social, da cultura, do indivíduo. A bucalidade se desloca do solo odontológico e da carga da disciplina dentária que lhe é próprio, porque a odontologia, historicamente articulada como um constructo biológico, só pode falar dos dentes (e da boca) dos homens como natureza e assim igualmente naturalizar (odontologizar) o adoecimento deles e os procedimentos que adota, para um campo que a considera como parte de um indivíduo que além de biológico é social (BOTAZZO, 2006).

Na sequência ficará evidente que o processo de trabalho da ESB sofre influência direta dessa falta de integração.

5.2.2. Características que compõem a organização do trabalho da ESB

Figura 9 – Mapa conceitual da subcategoria analítica “Características que compõem a organização do trabalho da ESB”.



A principal característica para a organização do trabalho da ESB encontrada nesta pesquisa foi a dicotomia entre atividades de promoção/prevenção e atendimento clínico. Para essa discussão, torna-se importante considerar que, para os CD pesquisados, o conceito dos termos ‘promoção de saúde’ e ‘prevenção’ não está claro e, por esse motivo, o utilizam como sinônimos. Assim, para fins de análise, foram utilizados conjuntamente “promoção/prevenção” uma vez que, no que diz respeito à odontologia, trata-se especificamente de se fazer muito mais proteção específica.

Uma das classificações utilizadas na área da saúde para os Níveis de Aplicação de Medidas Preventivas é baseada na concepção da História Natural da Doença de Leavell e Clark (1976), que se trata do conjunto de processos interativos que criam estímulo patológico no meio ambiente, passando pela resposta do homem ao estímulo até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte (LEAVELL; CLARK, 1976). Com isso, os profissionais atuariam em diferentes níveis, tanto pré-patogênicos como patogênicos.

Dessa forma, pode-se dividir em cinco Níveis de Prevenção – prevenção primária, secundária e terciária – e evidenciar, por meio de exemplo, quais ações na área da Saúde Bucal poderiam ser empreendidas:

- *Prevenção primária* – cujo primeiro nível seria a “Promoção da Saúde”, em que as ações são realizadas de forma a se conquistar mais saúde geral, como, por exemplo, pelo estímulo a uma dieta saudável, o que resultaria na prevenção de uma série de doenças, como hipertensão, diabetes, cárie, entre outras. E o segundo seria o da “Proteção Específica” (o mais utilizado pela ESB), constituído por ações como escovação orientada com dentífrico fluoretado e aplicação de selante;
- *Prevenção secundária* – compreende terceiro e quarto níveis, respectivamente denominados “Diagnóstico precoce” e “Limitação do dano”, exemplificados por exames clínicos (anamnese) e tratamentos odontológicos básicos individuais;
- *Prevenção terciária* – configura o quinto nível de prevenção denominado “Reabilitação” como, por exemplo, tratamento protético.

Segundo os participantes da pesquisa, a atividade principal da oferta organizada e da demanda espontânea é o atendimento clínico e esse é muito valorizado pelo gestor. Em contrapartida, as atividades de promoção/prevenção são pouco valorizadas pelo gestor, pela população e pelo próprio dentista. É um indicador que, segundo eles, apresentam dificuldades para cumprir. Vejamos os excertos (17) e (18):

(17) *A visão dele eu acho que não entra preventivo e, sim, curativo, é tratamento mesmo, é só consultório, prevenção só quando a regional liga cobrando alguma coisa, aí eles tomam alguma iniciativa, mas não tem investimento em prevenção não, é ali a demanda do município, atender mesmo cadeira e restauração. (16SB2.6)*

(18) *a dificuldade que vemos lá é implantar a ideia do PSF, coordenar, não vejo tanta dificuldade no nosso caso, mas de implantar a ideia do PSF, que o PSF não é só o dentista no consultório. (18SB1.3)*

Anualmente, o setor saúde pactua metas a serem cumpridas no decorrer de um ano com a finalidade de avaliar as ações e políticas de saúde. Tais indicadores expressam a relevância das ações e são um importante subsídio para o processo de organização e planejamento dos serviços no Brasil. Segundo Bordin e Fadel (2012), no caso da saúde bucal, são pactuados dois indicadores, “Cobertura Populacional Estimada das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família” e “Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada”, estabelecidos por meio da Portaria nº 3.840 GM/MS, de 7 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010a). Ambos revelam-se essenciais para o fortalecimento da saúde bucal na Atenção Básica, no entanto, parece serem insuficientes para induzir uma gestão por resultados nos serviços de saúde bucal como será discutido mais à frente.

Considerando-se que, na maioria dos locais, a escovação dental supervisionada é o meio mais eficaz de prevenção de doenças bucais, será realizada com dentifrício fluoretado; esse indicador também permite estimar a proporção de pessoas que tiveram acesso ao flúor tópico (BORDIN; FADEL, 2012).

O governo federal tinha como meta para esse indicador de âmbito coletivo, no interstício 2010 a 2011, atingir a média de 3%. Para alcançá-la, traçaram-se ações estratégicas, como doação de *kits* de escova e creme dental para as Secretarias Municipais de Saúde; doação de materiais educativos de escovação dental, e monitoramento e avaliação da qualidade e da consistência dos dados informados pelos municípios na base de dados nacionais, com vistas ao assessoramento, à gestão e ao acompanhamento de informações (BORDIN; FADEL, 2012).

Essa iniciativa do governo certamente apresenta relevância, tanto que, nos municípios pesquisados, um profissional explicou que “desenvolveram uns *kits* com pasta, fio dental, escova, mas é a THD que entregava” (16C1.20). No entanto, o que se observou foi que os profissionais achavam suficiente essa ação, pois acreditavam

que, ao saírem do atendimento dentro da unidade, já estavam fazendo Promoção da Saúde.

Na pesquisa de Souza e Roncalli (2007), a realização de palestras tradicionais foi a atividade coletiva mais citada, seguida da aplicação tópica de flúor e da escovação supervisionada. O espaço mais destacado para o desenvolvimento dessas ações foi o das escolas, com 47,7% das citações, seguido das creches (31,8%). Segundo esses autores, essas ações foram incorporadas à prática sem critérios e sem controle de sua eficácia, sendo que deveriam ser realizadas racionalmente, com avaliações periódicas, para saber se realmente estão sendo efetivas, e não simplesmente instituir um “pacote preventivo”, que tem sido implementado acriticamente pela maioria das equipes de saúde bucal.

Outros autores, ainda, ressaltam que, independentemente do tempo de formados, na maioria das vezes, os CD não estão preparados para essas atividades, realizando-as de maneira inadequada, e, como consequência, a população reage imediatamente, ávida pelo tratamento curativo, resistindo a qualquer palestra, ou reunião (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006).

Pode-se observar nas regionais estudadas que os profissionais não apresentavam clareza quanto ao conceito de Promoção de Saúde, sendo esse utilizado como sinônimo de atividades de proteção específica ou, mesmo, de reabilitação. Algumas ações relatadas foram atividades educativas que aconteciam em grupos específicos, por meio de palestras e, eventualmente, peças de teatro, que eram realizadas por enfermeiros, CD ou TSB. No caso dos enfermeiros, a partir da inclusão da ESB na estratégia, os gestores solicitaram que passassem essa atribuição ao CD.

A Promoção da Saúde está entre as principais atribuições da Atenção Básica, o que contradiz o modelo hegemônico. Trata-se da mudança de uma lógica pautada no aspecto negativo do processo saúde-doença para uma que privilegie a melhoria da qualidade de vida, por meio, centralmente, da educação.

A perspectiva da Promoção da Saúde foi formalmente instituída no Brasil pelo MS em 1998, por meio do Projeto Promoção da Saúde, segundo o documento elaborado pelo MS em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em 2001. A política de Promoção da Saúde busca reorientar o enfoque das ações e dos serviços de saúde, visando a construção de uma cultura de saúde baseada nos

princípios de solidariedade, equidade, ética e cidadania, e advogar por uma dinâmica de atuação que esteja sintonizada com a defesa da qualidade de vida do cidadão brasileiro, potencializando as ações desenvolvidas pelo setor saúde e a busca pela realização do homem como sujeito de sua própria história (BRASIL, 2002a, 2002b).

Essa política agregou-se aos princípios norteadores do SUS com propostas que reconhecem a necessidade de transformar o perfil de intervenção e que aprofundam a análise da interdependência entre problemas sociais e de saúde. A Promoção da Saúde desdobra a compreensão da saúde para além da prática clínica e tem estabelecido uma importante diferença entre prevenir doenças e promover saúde, apesar de a prevenção e de a promoção terem em comum a ênfase no cuidado e não na cura (MARCONDES, [2005?]).

Para alguns autores, a Promoção da Saúde não deve ser mais um nível de atenção, nem deve corresponder a ações que aconteçam anteriormente à prevenção. À luz dessa compreensão, pode-se dizer que essa não deve constituir-se como mais um programa ou mais uma estrutura organizacional, ao contrário, ela deve compor-se de iniciativas intersetoriais que se movam transversalmente, em todas as políticas, programas e ações do setor saúde, numa abordagem integral em toda a sua complexidade e singularidade social e individual (BRASIL, 2002b; FRAZÃO; NARVAI, 2009; MARCONDES, [2005?]).

Provavelmente, o que fará a diferença para que a Promoção da Saúde se torne instrumento de mais equidade seja a participação social e o estímulo à autonomia dos indivíduos, sem a culpabilização da população, mas como uma oportunidade coerente de promover a qualidade de vida (MARCONDES, [2005?]). Além disso, é preciso que haja uma participação da população não somente nas instâncias formais, mas em outros aspectos constituídos por atividades sistemáticas e permanentes, dentro dos próprios serviços de atendimento, favorecendo a criação de vínculos entre o serviço e os usuários, caracterizando uma participação mais criativa e realizadora para as pessoas (BRASIL, 2002b).

No entanto, em relação à população, os profissionais alegaram que esta ficava satisfeita apenas quando recebia um atendimento rápido, não queria que o CD fizesse anamnese, queria apenas resolver a queixa principal. E esse desejo da população, na maioria dos municípios, era satisfeito por gestores que apresentavam atitudes paternalistas em busca de votos. Ainda sobre esse assunto, os profissionais declararam que o trabalho preventivo era subjetivo e lento e, por

isso, não interessava para o gestor, pois só deixavam frutos para a próxima gestão. Assim, por ser pouco valorizado não o estavam realizando.

É possível afirmar, portanto, que as ações coletivas são dependentes da boa vontade do gestor, dos profissionais e da própria população, sendo, pois, consideradas com atividades extras. Esse resultado é semelhante à pesquisa de Araújo e Dimenstein (2006) que focalizou o Rio Grande do Norte, em que constataram que os CD não estavam fazendo atividades preventivas como deveriam ser realizadas. Os autores relataram igualmente a dificuldade de praticá-las na comunidade e afirmaram ainda que a população exige o tratamento curativo. Alguns de seus participantes expressaram a falta de material para que realizassem a educação em saúde, ou atestaram que não sabiam como realizá-la.

Para esses autores, essa última justificativa não respalda a ausência dessa sorte de ações, pois há facilidade no acesso aos manuais de orientação do Ministério da Saúde, às faculdades de Odontologia, além de diversas maneiras de construir esses instrumentos educativos, inclusive com a participação da comunidade (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006). Já, no presente trabalho, os CD reclamaram que precisavam preparar as palestras e que não tinham ajuda para isso, bem como não sabiam se a aplicação de flúor na escola era de responsabilidade da saúde ou da educação.

A esse respeito, sabe-se da importância da educação para o controle das doenças bucais e, para isso, é necessária uma integração e articulação do setor saúde com o setor educação. Todavia, atualmente, não existe uma normatização das estratégias preventivas para a saúde bucal. Nesse sentido, para que a educação em saúde se torne efetiva, é preciso que não só os profissionais que lidam com a saúde bucal participem desse processo, mas é fundamental o relacionamento com os demais integrantes, como o médico e o enfermeiro (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006).

Souza e Roncalli (2007) afirmaram que, no Rio Grande do Norte, os programas eram elaborados e desenvolvidos unicamente pelos CD, da mesma forma que a realização das ações não dispunha de suporte técnico, administrativo e financeiro. Isso condicionava a existência das ações e dos programas à permanência do profissional no município e, principalmente, ao estímulo que ele tinha para desenvolvê-las. Não se tratava de propostas institucionalizadas e integradas ao sistema de saúde dos municípios, mas de iniciativas pessoais e isoladas.

Pode-se dizer que a constatação de que o trabalho em saúde bucal em municípios de pequeno porte não privilegia a Promoção da Saúde é um dos pontos críticos desta tese. Nesse sentido, consideramos que os resultados apontam que os CD não se veem em um lugar de fazer prevenção, não querem fazer palestras, não querem organizar ações e nem sabem se aplicar flúor (ação de proteção específica) é atribuição deles ou dos professores da escola. Então, a falta de ações preventivas não é só uma questão do modelo de gestão, é também uma questão de atuação do profissional que não se coloca nesse lugar, que não chama para si responsabilidade.

Cabe questionar: se os CD e a ESB, como um todo, organizassem-se e exigissem que o prefeito promovesse mais ações preventivas, a escassez de ações preventivas poderia ser revertida? Será que não é também cômodo para o profissional atribuir ao gestor a não ocorrência dessas ações, ao invés de tomar para si também essas ações?

Alguns CD chegaram a afirmar que o problema de falta de tempo para a não realização da prevenção está no não cumprimento de carga horária e que isso acontecia devido à baixa remuneração. Segundo eles, como ganhavam pouco, faziam apenas o básico, e, em dois grupos focais de diferentes regionais, os CD afirmaram que a atuação na ESB não alcançava todo o seu potencial, observam que: “Eles fingem que pagam e a gente finge que trabalha” (18SB1.11) e “O prefeito faz que paga e o dentista finge que trabalha” (16SB1.23). Essas construções discursivas evidenciam uma prática comum no serviço público em saúde, tendo sido possível verificar quase as mesmas ideias nas duas falas. O mesmo pode ser observado nos excertos (19) e (20) que segue:

(19) o problema principal é a questão mesmo PSF, acho que ninguém cumpre a carga horária, então isso pesa muito para se fazer o trabalho legal (...) fica lá duas horas, uma hora, duas horas e meia, então é fazer só atendimento mesmo. Não tem hora pra fazer uma palestra, quando tem alguma coisa de gestante, hipertenso ou pra escola, uma palestra, geralmente sou eu quem faço, mas é tudo fora do meu horário. Então, assim, uma vez por mês ou uma vez a cada dois meses faz uma reunião, aí falam assim “você pode?” Mas é um horário diferenciado, faço meu atendimento e em uma outra hora eu faço trabalho como se fosse um extra. (16SB2.7)

(20) No ano passado, eu fui várias vezes. Esse ano ainda não. Quando a enfermeira requisita, senão a gente nem fica sabendo (Risos). Nem fica sabendo que tem. Às vezes elas pedem “queria que você fizesse uma palestra sobre saúde bucal com os hipertensos”. (16SB2.6)

Considerando que o cirurgião-dentista dispõe de quarenta horas semanais, é possível reservar um horário específico para participar das atualizações da equipe, como capacitar os TSB, ASB, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e auxiliares de enfermagem. Assim, o CD deve ser um participante ativo das ações de promoção, educação e prevenção, dispondo de tempo para reunir-se com a equipe de saúde e com a população da área onde atua, participando dos processos de planejamento e avaliação das ações em desenvolvimento na sua região e no município, como um todo, e fazendo visitas aos domicílios, sempre que isso for necessário para conhecer profundamente a população e suas condições de vida (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006).

Na verdade, a dificuldade de como trabalhar no PSF, relatada pelos CD, é reflexo do modelo de saúde ainda vigente, o cirúrgico mutilador, no qual a quantidade de procedimentos predomina na mentalidade dos CD e dos gestores (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006).

Pode-se acrescentar que essas prioridades assistenciais também predominam na mentalidade da população. Em estudo realizado por Silveira (2011), pacientes deixaram de frequentar a Unidade Básica de Saúde após entenderem que se tratava de grupos para realização de Promoção da Saúde, pois acreditavam que tais grupos estavam ali somente para conversarem, apesar desses pacientes serem encaminhados para outros serviços que ofertavam o atendimento clínico quando eram diagnosticados com algum problema.

Segundo Merhy (2004), o objetivo de qualquer serviço de saúde deveria ser a produção do cuidado, por meio do qual se atinge a saúde, que é a finalidade desse território. No entanto, ele afirma que, nem sempre, os serviços de saúde são voltados para a produção de cuidado, sendo que, na maior parte dos serviços de saúde, há ações “procedimento-centradas” em lugar das “usuário-centradas”. Isso, porque as ações desenvolvidas são efeitos do modo como o modelo de saúde está instituído e de como ele influencia a organização dos atos de cuidar.

Assim, frequentemente, o que se observa são modos de trabalhar segundo o modelo flexneriano. Formas de atuar dirigidas para o corpo biológico, em geral curativas e preocupadas com a doença, que se esgotam na realização do procedimento, que, em grande parte, não satisfazem as necessidades do usuário e não se mostram efetivas para solucionar os problemas apresentados por ele.

Faria (2010) afirma que, mesmo reconhecendo um movimento de reorganização das práticas na Atenção Básica e no PSF, esse modelo, centrado no corpo biológico e curativo, persiste no cotidiano do trabalho em uma Unidade Saúde de Família do município de Vila Velha (ES). No estudo, os CD participantes alegaram que existia uma grande demanda e uma pequena oferta de vagas para o atendimento clínico, ocupando todo o tempo do seu atendimento no horário de trabalho, e que, por isso, não conseguiam fazer a prevenção.

Na presente pesquisa, a alegação foi a mesma e os nossos pesquisados acrescentaram que a grande demanda impediam-lhes de se articularem com os demais profissionais da equipe. Portanto, não se trata apenas de falta de tempo, observa-se a manutenção das práticas pautadas no modelo biomédico, inclusive nas ações nas comunidades. Franco e Merhy (2006) alertam que as ações de prevenção também podem ser marcadas pelo ato de “executar procedimentos”, não se mostrando diferentes da forma procedimento-centrada que o PSF define combater com relação ao modelo tradicional. A esse respeito, no excerto (21), um dos participantes dos grupos focais observou que:

(21) uma enfermeira (...) falou “você vai ter que dar as palestras porque, amanhã ou depois, o dentista vai estar fazendo a parte de enfermeira”, então, a gente vai comprar um equipamento móvel para levar na escolas e fazer a parte de prevenção. (16SB1.4)

Destaca-se, nessa fala, a intenção do CD de fazer prevenção somente após a compra de um equipamento móvel. Essa afirmação pode estar relacionada com a dificuldade citada acima de alguns profissionais não compreenderem o conceito de Promoção da Saúde e também às particularidades da saúde bucal na Atenção Básica que mantém uma grande dependência do uso de tecnologias duras nesse nível de atenção (SOUZA; RONCALLI, 2007). Ainda sobre isso, vejamos o excerto (22):

(22) odontólogo necessita de muito insumo, muito mais que um médico, com certeza, para realizar o trabalho. Às vezes, questões de um técnico, um equipamento, um material que você precisa. Eu já cheguei ter que esperar quarenta dias para comprar material que precisava... Isso que pedi com urgência, com antecedência, não foi de última hora. Então você fica, você sabe que vem do programa a verba, então, assim, você pensa: “O que acontece?” Você quer agilizar, quer às vezes oferecer um trabalho mais diferenciado, mas fica amarrado. (16SB2.2)

Tem-se um exemplo de um município que ficou sem recurso material, pela ausência de coordenação, e, como consequência, o serviço parou por um ano, conforme pode ser lido no excerto (23):

(23) no decorrer desse um ano, ficamos sem coordenador. Infelizmente um coordenador faz falta, porque o dentista atende uma ou duas horas, ele vai embora, mas se quebra, precisa ter alguém disponível ali, para ligar para a manutenção, (...) hoje estão com todos os equipamentos quebrados, não tinha licitação pra nada. (18SB1.3)

Os questionamentos que se podem fazer são: por que não realizaram ações de Promoção da Saúde ou proteção específica, enquanto estavam sem equipamento? Quais foram os motivos que levaram o CD a ficar apenas duas horas na unidade e ir embora sem tomar nenhuma providência para que o serviço não parasse? E, tendo em vista que nessa entrevista, informaram que nesse município havia oito CD e nenhum estava atendendo por falta de um coordenador, por que esses profissionais não assumiram a responsabilidade do serviço?

Outra constatação importante nesta pesquisa é que não existe uma organização da demanda. A principal característica do serviço nesse nível de atenção é o atendimento da livre demanda, ou demanda espontânea. Essa é oferecida de diferentes formas: ordem de chegada na modalidade de urgência/emergência, agendamento diário, semanal, quinzenal ou mensal, sem muita preocupação se o paciente conseguirá concluir o tratamento. Conforme atesta o entrevistado do excerto seguinte:

(24) o controle que a gente conseguiu fazer é um agendamento quinzenal, no caso da minha unidade é assim, daí o número que a gente estipula para ter o atendimento e um número para emergência e o retorno do paciente é de acordo se ele consegue agendar ou não, agora, se ele está satisfeito com isso, não sei. (16SB1.14)

Para Zanetti (2000a), apenas com livre demanda, a Saúde Bucal no SUS não cresce e não amadurece a ponto de ter condições de responder às complexidades do contexto brasileiro atual. Manter sistemas locais de atenção à saúde bucal só é possível com a retaguarda curativa na forma de livre demanda é condenar a organização dos recursos públicos para a Saúde Bucal a uma espécie de demência político institucional.

Para esse autor, toda programação cria tensões por estabelecer um jogo de inclusão X exclusão; ou ainda, na melhor das hipóteses, inclusão imediata X inclusão tardia. Sendo assim, toda localidade deve ter sua "válvula de escape" que, no caso de dessa investigação, é o ambulatório de livre demanda. No entanto, precisa ficar claro para os profissionais e gestores que não existe qualquer possibilidade de se executar programação somente com base em metas de cobertura, sem a instituição de rotinas de atenção baseadas em TC (ZANETTI, 2000a).

Para os coordenadores da UBS e das ESB, um dos nós críticos, para organização do processo de trabalho, é o agendamento. O número de vagas é estabelecido pelo médico ou pelo CD e esses acabam tendo pouca autonomia para adequarem os horários às necessidades da UBS.

Esse resultado corrobora com o trabalho de Rodrigues e Assis (2005), que afirmam que, em Alagoinhas (BA), cada equipe define como organizar as ações na Atenção Básica: a forma de marcação das consultas, a seleção dos pacientes, o nível de atuação dos ACS e a periodicidade das atividades na escola. A articulação entre a oferta de serviços e a demanda do município era conduzida pela ESB, com ênfase para atuação do CD na determinação das ações, refletindo o caráter individual da profissão, em que o profissional controla seu processo de trabalho.

Torna-se importante destacar que o caráter individual da profissão, em alguns municípios, prejudicava a integração da equipe, mas, por outro lado, expõem a especificidade da odontologia, o que reforça a necessidade de a ESB ser proativa na gestão do seu processo de trabalho.

A esse respeito, Paim (2008) afirmou que a "oferta organizada" deveria tender a superar as formas de organização da produção de ações de saúde. Para esse autor, a unidade de saúde, além de proporcionar atenção individual, deveria incrementar as ações coletivas de prevenção. O autor descreve o que deveria caracterizar uma oferta organizada:

Essa unidade de Saúde, organizada de acordo com o princípio de integralidade, articularia o conjunto das ações de saúde (promoção, proteção, recuperação e reabilitação), sobre os indivíduos e sobre o ambiente, visando ao controle de agravos, a proteção de grupos vulneráveis, ou expostos à riscos e à Promoção da Saúde. A organização interna da unidade e dos processos, assim como as normas, as rotinas e os protocolos assistenciais elaborados, deveriam dar conta não só da atenção médica individual, mas também das ações coletivas a serem adotadas para cada situação diagnosticada. Os profissionais da unidade de saúde teriam

conhecimento destas ações, se foram ou não realizadas pelo setor responsável, e acompanhariam o desenvolvimento das atividades não só em 'seus' pacientes, mas as executadas na 'sua' unidade para a população do 'seu' território. Para isso haveria mecanismos coletivos de avaliação das unidades e dos profissionais de saúde, além do acompanhamento do perfil epidemiológico da comunidade vinculada a aquele estabelecimento de saúde (PAIM, 2008, p. 563).

Essa descrição, nos casos dos municípios de pequeno porte, não representa a realidade, posto termos observado que, em todos os municípios investigados, os profissionais apresentaram dificuldade de organizar a demanda. Alguns declararam que procuraram fazer a territorialização, mas desistiram. Cabe ainda ressaltar que, nos poucos municípios em que se tentou organizar essas rotinas, os profissionais definiram que a forma de acesso deveria ser a indicação do ACS ou encaminhamentos dos participantes por meio dos grupos prioritários (gestantes, bebês, escolares, idosos, hipertensos e pacientes especiais).

Observou-se que a indicação pelo ACS foi feita sem critérios de priorização, como, por exemplo, a classificação de risco. Os CD relataram dificuldade de receber ajuda desse profissional, pois esses não queriam fazer busca ativa e não valorizavam a saúde bucal.

Além disso, os CD acreditavam que os pacientes que buscavam atendimento na livre demanda, necessitavam mais do serviço e eram mais comprometidos. Nesse sentido, perpetua-se a preferência pelo atendimento de escolares, o que fica evidenciada pela fala que segue no excerto (25):

(25) a gente tem uma demanda absurda para atender, aqueles três danadinhos que estavam marcados eles não foram e a gente deixou de atender todo o resto que ficou esperando, então uma coisa que realmente não vai, não tem acordo, eu pelo menos não acredito que funcione assim. Mas o agendamento ele tem que ser feito nas escolas para criança porque daí você manda buscar. (17SB1.17)

A classificação de risco (Avaliação de Risco) refere-se à mudança na lógica do atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou o grau de sofrimento, e não mais a ordem de chegada. Conforme normativa, ele deve ser realizado por profissional da saúde que, utilizando protocolos técnicos, identifique os pacientes que necessitam de tratamento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento, e, na sequência, que providencie, de forma ágil, o atendimento adequado a cada caso (BRASIL, 2008).

Em pesquisa avaliativa realizada no estado de Pernambuco, Pimentel *et al.* (2012) analisaram o processo de trabalho das equipes de saúde bucal, segundo o porte populacional, e constataram que a marcação por risco foi mais encontrada nas equipes dos municípios de grande porte, quando comparada às equipes de pequeno porte, enquanto a marcação por demanda espontânea – método tradicional de marcação das unidades básicas de saúde – mostrou-se mais frequente nos municípios de pequeno porte, quando comparados aos de grande porte.

No Rio Grande Norte, conforme outra investigação, a maioria dos entrevistados das Equipes Saúde Bucal disse realizar atendimento odontológico aos grupos prioritários. No entanto, os profissionais participantes queixaram-se que os pacientes faltavam muito ao atendimento e que havia dificuldade de organização desses grupos. Ressaltaram, igualmente, a falta de integração com os outros profissionais da ESF, principalmente com os ACS, que poderiam auxiliar numa melhor captação desses grupos (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006).

Constatou-se que o envolvimento dos agentes comunitários em saúde foi destacado pelos entrevistados como algo desmotivador. Isso acaba sendo problemático, posto que os agentes são estratégicos para cumprimento dos princípios da Atenção Básica, pois esses estão em contato direto com a comunidade, portanto são peças chave (VIANA; DAL POZ, 1998, 2005). A esse respeito, é possível ler o excerto 26:

(26) As ACS acham assim: vai fazer a visita porque na verdade a função delas é estar trazendo para a gente (o paciente). Eu me interessei, eu conversei com elas “eu quero principalmente que vocês vejam o dia que tiver criança, a gestante”. A gente tem que começar por algum lugar. Só que nenhuma trouxe, assim... “Na minha área tem uma família que eu acho que está necessitando, vamos agendar pra eles?” Não tive isso. Então, assim, pra mim foi frustrante. (16SB2.24)

Para que se tenha um atendimento pautado na integralidade, os profissionais precisam organizar o serviço, tendo em mente que a oferta organizada não substitui a livre demanda, e sim a complementa. Da mesma forma como o exemplo de um dos municípios investigados, um de nossos participantes observou, conforme o excerto (27):

(27) porque eu faço a livre demanda e depois eu tenho um horário depois das dez horas, que eu atendo assim os agendados que são os pacientes especiais, que eu trago do hospital esses especiais, os idosos, que eles vão mesmo, que eles amam ir, não querem ir embora do consultório. (17SB1.18)

Portanto, uma coisa é defender o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde que se façam necessários, o que, numa rede regionalizada e hierarquizada, pode assumir a forma da defesa ao acesso a todos os níveis de atenção do sistema de saúde. Outra coisa, igualmente importante, é defender que, em qualquer nível, haja uma articulação entre a lógica da prevenção e da assistência, de modo que haja sempre uma apreensão ampliada das necessidades de saúde (MATTOS, 2004).

Em municípios de pequeno porte, o que se observa é que na oferta organizada predomina a organização para atendimento da clínica do bebê e de escolares. Quanto à clínica do bebê, alguns CD defenderam que o TSB seria um bom aliado no atendimento desse grupo, pois são capacitadas para darem orientações para gestantes, ensinarem e realizarem a higienização bucal dos bebês. No entanto, conforme atesta o excerto (28), a população reivindicava a presença do CD.

(28) Nós passamos para THD fazer o dia do bebê, aí não houve um consenso. A mãe chegava lá e, se não fosse o dentista, não deixava. Nós tivemos que rever isso, colocar de volta o dentista para atender a clínica de bebê. Com a THD, a aceitação não foi muito boa, eles iam chegavam lá: “se não for o dentista eu não quero”. Aí, fizeram reunião tudo, mas não teve jeito. (17SB1.26)

Provavelmente essa situação não foi resolvida com a população, pois os próprios CD achavam que seria uma desvalorização da profissão passar essa tarefa para o TSB.

(29) a gente não conseguiu isso ainda, você pode ir lá conversar, mesmo porque as dentistas, elas receberam treinamento para estar atuando na bebê, mas elas não abrem mão do atendimento, mas, de jeito nenhum, é uma briga de foice, então ela até ajuda a atender a livre demanda, os tratamentos de emergência, só que ela (a dentista) vai ficar lá quatro horas para atendimento de bebê todos os dias. (17SB1.21)

Nessa perspectiva, e considerando-se que uma das principais atribuições do profissional TSB é a Promoção da Saúde, é possível dizer que esses profissionais

estão subutilizados, pois estão auxiliando na cadeira, não tendo tempo para prevenção. O mesmo é reiterado em outro excerto:

(30) É uma pena que é mal aproveitada a função de cada um, por exemplo, no município, nós temos duas THDs e uma ACD, só que as três fazem apenas função de ACD, só mesmo de auxiliar de dentista, lavar e esterilizar o material. As duas THDs que têm, além de curso, e capacidade, elas são boas. Elas fazem palestras, elas sabem muito bem, dominam uma escovação, um bochecho de flúor, mas elas não têm tempo para fazer isso, todo tempo delas é para auxiliar e esterilizar material. (16SB2.6)

Essa forma de conduta tem impacto na gestão, pois o serviço perde a sua efetividade e celeridade, na medida em que os técnicos não podem ocupar “o lugar dos dentistas”. Por mais complexas que sejam as ações de Educação para Saúde, os técnicos, em sua formação, são preparados para isso, perde-se tempo para atendimentos que são de atribuição exclusiva do CD e, como consequência, tem-se o aumento da fila de espera.

Portanto, o grande desafio é a superação dos saberes “odontologizantes”, ainda presentes e fortemente instituídos no dia a dia dos que vivenciam o cotidiano da produção do cuidado em saúde bucal no SUS, pois não se pode ignorar as relações de poder presentes no cotidiano dos serviços. Encontros de saberes e fazeres acontecem na disputa de poderes dos distintos projetos que operam no interior das instituições (PEZATTO; L'ABBATE; BOTAZZO, 2013).

Ainda segundo a prevenção, os CD entrevistados relataram que preferem fazer esse tipo de ação no espaço das escolas. Vejamos o excerto (31) que segue:

(31) Como lá não tem pessoal pra tudo isso, então eu também parti das escolas, porque é mais fácil, eles estão reunidos já é mais simples. Então primeiro eu fiz uma orientação para professores, ensinei o método de escovação, fui com elas e eles ao banheiro, então mostrei fazendo em mim, me escovando, mostrando para elas como seria, e daí, agora, faz um mês e meio, mais ou menos, nós estamos com os alunos e está dando super certo. (16SB1.16)

Souza e Roncalli (2007) afirmaram que a prevenção não necessariamente precisaria ser feita nas escolas. Para eles, essa ênfase nos escolares pode cair nas armadilhas da exclusão, em virtude da priorização dessa população. Tal prática é, em certa medida, um resquício do modelo de atenção à saúde bucal em escolares,

surgido ainda nos anos 1950, e representado, principalmente, pelo Sistema Incremental (sistema de atendimento de escolares de escolas públicas, na faixa etária de 7 a 14 anos, que, apesar de suas limitações, contava com uma estrutura organizacional muito forte e um sistema de atendimento bem normatizado).

Os entrevistados acreditavam que seria contra as regras atender a escola, creche e bebê clínica, mas afirmaram que continuavam atendendo, o que condiz com a discussão feita anteriormente sobre a dificuldade de se mudar a prática profissional pela resistência de alguns profissionais. Acerca disso, é possível ler o excerto (32):

(32) até há pouco tempo, era motivo de discussão isso, se o programa de saúde da família ia acabar com o atendimento escolar, porque as dentistas que estão no serviço há mais tempo, elas tremiam só de pensar, porque sabem que o sistema funciona e, assim, pelo menos, a determinação que a gente sempre recebeu da regional, e tudo mais, é para atender além do escolar, adulto, idoso, e abranger toda população, e não simplesmente deixar de atender em escola. (17SB1.15)

Nos municípios da 17ª RS, ficou evidente uma preocupação em se manter uma complementaridade no serviço, já que isso aumentaria a permeabilidade do serviço. O que se observou foi uma tentativa de potencializar essa prática como importante ferramenta de prevenção. Portanto, a discussão que se deve fazer não é a de simplesmente acabar com o atendimento na escola, mas, sim, ampliar o acesso da população, tendo em vista os princípios de acessibilidade, universalidade e integralidade.

Torna-se importante destacar, que apesar dessa configuração ter sido observada na maioria dos municípios, alguns CD manifestaram o descontentamento em relação à situação, transmitindo o desejo de que se efetivasse o programa.

(33) não ficar só sentada na cadeira também abrindo e fechando dente porque senão vai ficar a vida inteira abrindo e fechando dente. E é uma coisa monótona você cansa. (17SB1.34)

Embora o trabalho realizado nas clínicas odontológicas seja relevante e resolva problemas individuais, não é capaz de produzir a saúde bucal em termos populacionais, já que ela resulta de outros fatores que vão além de variáveis biológicas (FRAZÃO; NARVAI, 2009).

Atualmente, estudos de determinação social da saúde devem envolver a caracterização da saúde e da doença, mediante fenômenos que vão além do biológico. Na produção da saúde, devem-se considerar aspectos que são próprios dos modos de convivência do homem, um ente que trabalha e desfruta da vida compartilhada com os outros, sendo, pois, um ente político. O sucesso desse tipo de investigação depende da capacidade analítica de se articular adequadamente uma multiplicidade de determinações que tem por base alguma teoria social da saúde e, portanto, que seja própria do homem (NOGUEIRA, 2010).

Após a apresentação da análise das características do processo de trabalho nos municípios pesquisados, torna-se importante perfazer uma discussão sobre como esse tem sido gerenciado. Para isso, as dimensões micropolíticas e macropolíticas implicadas na produção do cuidado serão consideradas, conforme preconizam alguns autores (CAMPOS, 2007b; MERHY, 2002).

5.3. Dinâmica do processo gerencial com foco na ESB

Para os participantes do grupo focal, a gestão é uma conquista que exige tempo, pois, à medida que vão sendo testados e vencendo a resistência dos outros profissionais da equipe, os coordenadores vão adquirindo experiência e melhorando a forma de administrar o serviço.

Vale retomar o conceito dicionarizado dos termos 'gestão' e 'administração', tendo em vista que aparecem como sinônimos no dicionário "Ato ou efeito de administrar; ação de governar ou gerir empresa, órgão público (...). Exercer mando, ter poder de decisão (sobre), dirigir, gerir" (HOUAISS, 2001). Ainda sobre o termo, historicamente, gestão vem de "gesto", "gesticulação". Gestores eram aqueles que gesticulavam, que apontavam com o dedo indicador onde o carregamento de alimentos deveria ser deixado ou estocado. Ou apontavam quem deveria fazer uma tarefa (KANITZ, 2011).

Como toda definição, o termo gestão carrega os signos da área em que está sendo utilizado. Na área administrativa, por exemplo, alguns autores preferem utilizar somente o termo gestão, outros o evitam a todo custo devido ao significado remeter a uma gestão verticalizada, conforme a segunda definição acima.

Quanto à organização do trabalho em saúde, devem-se reconhecer usos específicos recorrentes. Segundo a NOB 96 (BRASIL, 1996), gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal.

Nesta tese, emprega-se as expressões ‘coordenadores de UBS’ para referir-se aos gerentes de UBS, e ‘coordenadores de ESB’ aos membros da ESB que gerenciam o setor de odontologia. A escolha terminológica se justifica porque uma das perguntas do questionário e dos grupos focais foi: “Quem coordena o serviço de odontologia na UBS em que você atua?”. No entanto, na hora de se discutir a gestão não, houve diferenciação entre gestores locais ou gestores de níveis centrais, uma vez que ambos interferem direta ou indiretamente no processo de trabalho em odontologia no caso de municípios de pequeno porte. Além disso, os dois devem atuar em dois âmbitos bastante imbricados: o âmbito político e o técnico.

No âmbito político, o principal compromisso do gestor do SUS deve ser com a população, por meio da busca da concretização da saúde como direito de cidadania, mediante o seguimento dos princípios do SUS e da gestão pública, ou seja, o exercício da gestão da saúde voltado para o interesse público e não para interesses particulares ou privados (MERHY, 2002).

A atuação política do gestor do SUS se expressa em seu relacionamento constante com outros atores do jogo democrático nos diferentes espaços de negociação e decisão existentes. O próprio arcabouço institucional do SUS prevê uma série de instâncias de representação e deliberação, envolvendo a participação dos diferentes níveis de gestão do sistema e de diversos segmentos representativos dos interesses da sociedade no que diz respeito à área de saúde.

Nesse sentido, destaca-se a participação dos gestores nos Conselhos de Saúde e nos Conselhos de Representação dos Gestores de âmbito nacional e estadual. Esses são denominados Conselho Nacional dos Secretários de Estado de Saúde (CONASS), Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

(CONASEMS), Conselho dos Secretários Municipais de Saúde dos Estados (COSEMS); e nas Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Comissões Intergestores Bipartites (CIB) (SOUZA, 2002).

No âmbito técnico, destaca-se a atuação dos gestores em diferentes campos que englobam: (i) formulação de políticas e planejamento; (ii) financiamento; (iii) coordenação, regulação, controle e avaliação (das ações, dos serviços e dos sistemas de saúde); e (iv) a prestação direta de serviços de saúde. Cada um desses campos (ou grandes grupos de funções) compreende uma série de atividades específicas. Por exemplo, dentro do campo formulação de políticas e planejamento estão incluídas as atividades de diagnóstico de necessidades de saúde, identificação e seleção de prioridades e programação de ações (SOUZA, 2002).

A esse respeito, Chanlat (2006) observa que não se pode compreender o comportamento administrativo sem o conhecimento sobre o quadro simbólico das pessoas. Nos municípios pesquisados, o entendimento dos profissionais é de que “o papel dos gestores é planejar as ações de saúde, buscar excelência dos cuidados prestados aos usuários, englobando família e indivíduos nos diferentes ciclos de vida” (16C1.9). Nesse sentido, cabe a eles organizar o processo de trabalho com a finalidade de realizar a Atenção Básica em saúde.

Paim (2003b, p. 559) define gestão em saúde como:

(...) direção ou condução de processos político-institucionais relacionados ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios, ainda que nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional desenvolva ações de planejamento, organização, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais empregados na produção de serviços de saúde

Ou seja, o gestor, deveria coordenar os trabalhadores em saúde de modo que esses se envolvessem para produzir produtos capazes de intervir em questões de saúde, atendendo, assim, às necessidades apresentadas pelos usuários (MERHY, 2004). A saúde seria, pois, o resultado de um processo de produção sobre o qual intervêm práticas sociais. E o objeto sobre o qual se intervém indica o compromisso assumido pelas práticas sanitárias. No caso dos sistemas de saúde, esse objeto é representado pela doença ou por situações que a potencializam, quer digam respeito ao indivíduo ou ao meio. O objetivo, o fim, ou a finalidade desses ser-

viços é a produção de saúde (CAMPOS, 2000). Retomando nossos dados, vejamos o excerto (34)

(34) a gente trabalha assim em conjunto e procurando isso mesmo, satisfação do paciente. Que hoje em dia a população você não manipula, você não engana, você não tem como disfarçar nada com eles, eles vão meter a boca, ele cobra, ele sabe qual é o direito dele, que o SUS oferece isso e aquilo e ele não quer nem saber. Então eu tenho medo mais do paciente, porque então é isso a gente busca, qualidade na prestação de serviço. (18C1.15)

Esse dado indica uma intrínseca relação entre as esferas de atuação e de gestão. Isso corrobora com o que é explicitado em documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) elaborado para gestores e trabalhadores do serviço público, em que se aborda a indissociabilidade entre atenção e gestão no processo de mudança de modelo de atenção.

Sobre isso, Peduzzi (2007) analisa a gerência como processo de trabalho específico, destacando-a como um componente do processo de trabalho em saúde, visto que o trabalho gerencial é atividade-meio para o trabalho assistencial e que seu caráter articulador, integrativo e político permite-lhe ser um instrumento para a transformação do processo de trabalho em saúde. Assim, o gerente de serviços de saúde é um mediador, um tradutor da política pública ou da política organizacional para a dimensão cotidiana da ação técnica executada pelos trabalhadores da assistência e do cuidado em saúde.

Ainda a esse respeito, para Faria (2010), o que caracteriza esse campo de produção é o fato de envolver algo complexo, imprevisível e com valor inestimável que é a vida humana e o cuidado com ela. Isso torna a prescrição de tarefas padronizadas difícil e permite a possibilidade de inúmeras formas de intervenção do trabalhador sobre a questão apresentada pelo usuário, retratando um mundo dinâmico, em que as situações jamais se repetem.

Além disso, por se tratar de profissões da área da saúde, todos os profissionais apresentam um grau elevado de autonomia na organização de suas tarefas. Assim, esses profissionais tendem a possuir mais compromisso com sua tarefa e com sua profissão (expressos por seus órgãos de classe), mais do que o compromisso com o todo organizacional (BARBOSA, 1998; MINTZBERG; QUINN, 2001).

Portanto, torna-se necessário enfatizar as especificidades das organizações de saúde que são organizações profissionais (MINTZBERG; QUINN, 2001). Mintz-

berg e Quinn (2001) consideram que as pessoas pertencentes a uma organização profissional são bastante especializadas e por isso têm um alto grau de controle sobre seus processos de trabalho.

Segundo Barbosa (1998), o profissional da área da saúde é portador de habilidades construídas independentemente da organização e que também são legitimadas por fora, nos órgãos classistas e científicos de base corporativa. Com isso, observa-se uma fraca vinculação entre o profissional e a organização, em que o primeiro depende da segunda apenas para prover os meios necessários à sua prática, sendo essa bastante determinada por si mesma, como ilustra a fala 23 mencionada anteriormente. Significa dizer que o poder de decisão sobre o trabalho profissional é bastante pessoal e que a capacidade de controle da organização sobre esse trabalho fica limitada.

Segundo Merhy (2002), na área da saúde, governam desde o porteiro de uma UBS qualquer, passando por todos os profissionais de saúde mais específicos, até os dirigentes máximos de um estabelecimento. Essa marca da saúde tem-se constituído como um dos paradoxos para as ações de governo: a necessidade de que a obtenção da qualidade do seu produto – o cuidado em saúde – é dependente do exercício mais autônomo de seus trabalhadores individuais e em equipe, mas esse exercício possibilita facilmente uma privatização dos processos decisórios e dos interesses em jogo.

Matus (1987) afirma que, em uma organização, todos governam. Segundo ele, todo ator em situação de governo encontra diante de si outros atores que também governam e disputam com ele a direcionalidade da situação com os recursos que contam. Portanto, qualquer que seja o arranjo que se imponha, não há como anular o território tenso do “fazer em saúde” e nem ignorar os autogovernos que não podem ser eliminados (MERHY, 2002).

No prefácio de material didático produzido pela OPAS, utilizado no projeto GERUS com a finalidade de capacitar gestores para o sistema de saúde brasileiro, consta a seguinte afirmação:

Nos estabelecimentos de saúde, quem verdadeiramente exerce o controle do processo produtivo são os diversos profissionais que operam os serviços, cabendo aos gestores um papel bastante limitado no desempenho final da organização (SANTANA, 1997, p.3).

Essa assertiva foi utilizada para justificar a necessidade de se reconhecer essas organizações como “espaços” de realização de múltiplos interesses, verdadeiras arenas de “conflito” em que o desempenho gerencial não pode reger-se por regras fixas (SANTANA, 1997), mas deve ser ponderada, pois os serviços de saúde pública, como qualquer outra organização, apresentam regras (BARBOSA, 1998).

Machado, Lima e Baptista (2011) afirmam que o gestor é muito mais que um administrador. É autoridade sanitária em cada esfera de governo com duas dimensões de atuação (dimensão política e dimensão técnica), tendo em vista ser designada pelo chefe do Executivo, com responsabilidade de desenvolver o projeto de governo, a fim de conduzir o serviço pautado pela legalidade, princípios do SUS e da reforma sanitária brasileira.

Sendo assim, pode-se dizer que existe uma maior responsabilidade para esse ator que poderá ser revelada de duas formas em relação aos demais trabalhadores: de forma mais verticalizada ou de forma mais compartilhada. Segundo Peduzzi (2001), a divisão do trabalho deve buscar a menor desigualdade entre os diferentes trabalhadores abrindo-se espaço para a construção de equipes integradas.

Almeida e Mishima (2001) compreendem que a Saúde da Família pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe.

Baremblytt (2002) afirma que para o funcionamento da organização é necessária certa divisão do trabalho, hierarquias e gerências. No entanto, para ele, hierarquia não implica diferença de poder. Implica apenas em uma certa especialização em algumas tarefas.

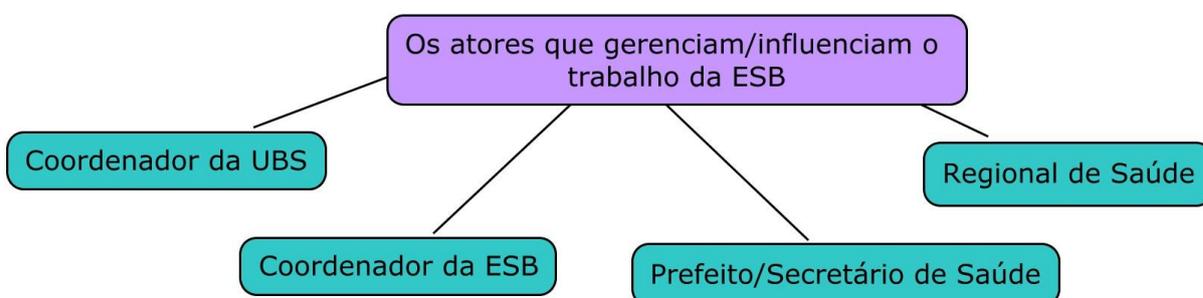
Portanto, exercer o autogoverno pressupõe comprometimento, competência, autonomia e capacidade de decisão e não isolamento, ou agir conforme interesses pessoais. Na área da administração, utiliza-se o termo *empowerment*, que pode ser traduzido como empoderamento, e, conceituado como um processo que oferece a oportunidade dos profissionais decidirem sobre seus próprios processos de trabalho e de participarem e influenciarem o processo decisório de uma forma geral, mas que ainda reserva, para os níveis estratégicos, as decisões estratégicas e tem como um dos objetivos obter o comprometimento do profissional (BARBOSA, 1998; TONETTO et al., 2009).

A questão do autogoverno revela a complexidade de se efetivar a gestão do processo de trabalho da ESB. Além disso, não existe a figura de um único gestor ou coordenador em municípios de pequeno porte. O processo de trabalho revelou-se gerenciado/influenciado principalmente por quatro atores diferentes: os coordenadores da ESB, os coordenadores da UBS, os Prefeitos/Secretários de Saúde e os integrantes da Regional da Saúde. Apresentam-se a seguir as características principais da gestão de cada um desses atores.

5.3.1. Os atores que gerenciam/influenciam o trabalho da ESB

A seguir, apresentamos a categoria “Os atores que gerenciam/influenciam o trabalho da ESB”.

Figura 10 – Mapa conceitual da subcategoria analítica “Os atores que gerenciam/influenciam o trabalho da ESB”.



Quando questionados sobre quem coordenava o serviço, os participantes da pesquisa remetiam-se à organização do trabalho exclusivamente clínico, inclusive acreditavam que a saúde bucal não tinha uma coordenação. Para eles:

(35) não tem, assim, um coordenador. Eu não sei o que vou te dizer. Não existe uma função de coordenação. Somos nós mesmos, ou é o outro dentista ou sou eu. (18SB1.11)

(36) meio estranho falar de coordenação de odontologia em cidade pequena. Quem coordena sou eu mesmo. Eu bato escanteio e cabeceio, entendeu? É isso que eu estou dizendo: lá é a gente que faz tudo. É a mesma coisa que você ser dona de casa e não ter empregada. Você cozinha, lava roupa, faz tudo. (18SB1.19)

Essa indefinição da figura do coordenador foi uma das constatações mais relevantes desta tese. Na primeira fase da pesquisa, os coordenadores da UBS foram questionados sobre quem coordenava o serviço de saúde bucal e os resultados dessa questão estão apresentados na tabela 8 que segue.

Tabela 8 – Coordenadores do Serviço de Saúde Bucal de municípios de pequeno porte das 16^a, 17^a e 18^a Regionais de Saúde segundo os coordenadores de Unidade Básica de Saúde, estado do Paraná, 2010.

Coordenadores do Serviço de Saúde Bucal		
Categoria profissional	n	%
CD	47	59,5
Coordenador da UBS	18	22,8
TSB	4	5,0
ASB	1	1,3
Coordenador de Odontologia	2	2,5
Secretário de Saúde	1	1,3
ACS	1	1,3
Não há coordenador	2	2,5
Não especificaram	3	3,8
Total	79	100,0

Observa-se que, quanto ao responsável pela coordenação do serviço de saúde bucal, 79 coordenadores responderam que mais da metade das ESB eram coordenadas por CD.

No entanto, os CD não se assumem como gestores ou coordenadores do processo de trabalho em saúde bucal, bem como não têm clareza de suas atribuições, o que resulta em um “jogo de empurra”. Isso pode ser verificado em trechos como o do excerto (37), (38) e (39) que seguem:

(37) A coordenação é dela quem que tem que cobrar? Você como secretário que tem que cobrar dela, porque se não ela não vai fazer. (16C1.19)

A não clareza das atribuições gera a percepção de que o serviço de saúde bucal não tem organização, e isso é sensível tanto na fala dos profissionais da ESB como na dos coordenadores de UBS.

(38) De odontologia no município, eu não sei se o que eu sinto é o que todo mundo sente. É largado [outros concordam]. (18SB1.11, observações da pesquisadora)

(39) Sabe que eu não sei quem coordena o trabalho deles, eu acho que não tem coordenador. Eu não tenho certeza. (C16.21)

Ohira (2012), ao avaliar a coordenação das UBS dos mesmos municípios pesquisados, constatou que existe a urgência de formalizar o cargo de gerente nas UBS, estabelecer suas competências e promover discussão sobre o perfil gerencial e seus reflexos no processo de reorientação do modelo de organização e atenção à saúde. A inexistência da função gerente, em alguns municípios, e a improvisação verificada ressaltam a necessidade de valorização desses profissionais. Além disso, são necessários salários mais justos e condizentes com as responsabilidades exigidas (OHIRA, 2012). Pode-se acrescentar ainda a necessidade de um modelo organizacional melhor definido para os serviços em todos os níveis de gestão, incluindo o de saúde bucal, para que os objetivos da Atenção Básica se concretizem.

Destaca-se que não se trata de uma tarefa fácil, pois, desde a década de 1980, observa-se que a delegação de responsabilidades sobre a regulação e a prestação de serviços de saúde para o âmbito da gestão estadual e municipal teve como um de seus efeitos colaterais uma crescente dificuldade organizacional principalmente nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Situação agravada pela justaposição, tanto nas SES quanto no MS, de duas culturas institucionais distintas e incompatíveis com a perspectiva da construção do SUS: uma cultura institucional preexistente e especializada na gerência de programas normativos rígidos e outra cultura institucional “inampiana”, com sua tradição regulatória centralizada e vertical (orientada para um assistencialismo do tipo médico-privatista) e que repercute no município, principalmente nos de pequeno porte, porque esses dependem muito do apoio do estado, por meio das Regionais de Saúde (BRASIL, 2004b).

A partir da década de 1990, com o desencadeamento do processo de descentralização de políticas de saúde, as SES assumiram novas atribuições e competências demandando um grande esforço e consumo de recursos para a efetivação

de cooperação técnica, objetivando o fortalecimento da gestão municipal e a qualificação da atenção à saúde. Por sua vez, o MS também tem enfrentado, desde a década de 1980, dificuldades para efetivar uma maior integração em seu próprio âmbito organizacional. A conformação e a consolidação de inúmeros nichos de poder (político, técnico e administrativo), em que coexistem atores governamentais condicionados e adestrados em culturas institucionais fragmentárias e concorrentes, têm demandado esforços contínuos para a constituição de políticas e estratégias de interação comunicativa e integração (BRASIL, 2004b).

5.3.1.1. Coordenador ESB

Para os entrevistados, o papel dos coordenadores da ESB (CD ou profissionais auxiliares) seria direcionar o trabalho, organizar, fazer funcionar o serviço. No entanto, como já foi mencionado, em alguns locais, os profissionais não reconheciam a figura do coordenador.

O que acontece é que não existe a formalização da coordenação, os profissionais não recebem complementação salarial para exercer a coordenação e são escolhidos de forma aleatória. Portanto, a coordenação do serviço de saúde bucal depende da boa vontade do profissional e alguns somente aceitam porque sabem que o município precisa, conforme o atestado no excerto (40):

(40) Porque ninguém quer assinar por nada, ninguém quer se responsabilizar, ninguém quer fazer um relatório pra mandar para a regional todo mês sem ganhar nada mais. Então, fala assim: "Você Pode?" (...) Pega um 'horarinho' a mais". então sempre sobra alguém. (16SB2.4)

Uma das consequências da não formalização do cargo é que, em alguns casos, os colegas não respeitavam a pessoa que assumia a coordenação e preferiam resolver problemas com o secretário de saúde ou um enfermeiro. Com isso, surgiam alguns conflitos, pois cada sujeito tinha um modo de organizar o serviço e, segundo eles, quando muitas pessoas interferiam, ficavam sem saber a quem se reportar. Além disso, havia recomendações conflitantes.

(41) Eu acho assim que a secretária, o secretário, a coordenação têm que falar sempre a mesma língua também. Eu acho que isso também tem que ter bastante diálogo junto, porque se não acontece aquilo “eu estou na coordenação, a gente vai trabalhar assim”, aí, daqui a pouco, chega o secretário e dá outra ordem, aí, gera atrito. (16C1.41)

Nesse sentido, ressalta-se a importância do protocolo desenvolvido coletivamente e de uma definição clara das atribuições profissionais. Sendo que, em um município, o coordenador da UBS solicitou para ESB que elaborasse um protocolo, e, em outro caso, solicitou que se estabelecessem metas de atendimento, mas, no geral, o que se observou foi a ausência desses instrumentos, conforme a declaração a seguir:

(42) não existe uma visão administrativa, não existe uma estrutura administrativa (...) não tem uma posição, fulano faz tal coisa, outro fulano faz outra coisa, e o gestor ele fica ali. Ele fica para atender paciente também, para não falar não para o paciente, arrumar carro, ir atrás remédio. Também o SUS, ninguém conhece direito como funciona esse SUS, ele anda meio sozinho, meio fantasmagórico. (18C2.28)

Uma vez definida a política de saúde, cabe ao planejador organizar a estrutura. O chamado *design* organizacional é o processo pelo qual são criadas estruturas, tarefas e cargos de autoridade. Ressaltando que é desejável que esse “planejador” seja a equipe e não alguém de fora.

Segundo Chiavenato (1999), a estrutura formal da organização é aquela que está prescrita, sendo comunicada por meio de manuais, descrições de cargos, organogramas, regras e regulamentos, evidenciando as linhas hierárquicas existentes na organização. A estrutura organizacional pode ser definida como um instrumento de gerenciamento que é usado para conseguir os objetivos da organização. Essa distribuição possui duas implicações: a divisão de trabalho (distribuição das tarefas entre as pessoas) e a hierarquia (distribuição das pessoas em posições).

Pode-se afirmar que o papel de coordenador deveria existir e ser assumido pela ESB, uma vez que as funções (planejamento, execução e avaliação, por exemplo) estão expressas nos documentos ministeriais, mas, no município de pequeno porte, não está implantado. Alguns resultados desta pesquisa parecem apontar que o CD não quer assumir esse papel e alguns motivos alegados foram: falta

de vontade, falta de valorização financeira e profissional, e falta de autonomia para atuar.

Em alguns locais, relataram que não foi bem sucedida a ocupação do cargo por um CD gerenciar, pois os demais profissionais não queriam ser comandados por um colega. Isso fica evidente no excerto (43) que segue:

(43) Um companheiro assim... [risadas] no meu município sempre deu briga, eles não aceitam: "eu dentista como ele, eu vou mandar nele". Nunca deu certo, aí, foi colocado a técnica e ela que conseguiu. (18SB1.2)

Torna-se importante destacar que a gerência do processo de trabalho em saúde bucal não se trata de uma tarefa simples, pois essa traz todas as características dos processos de gestão em saúde. Portanto, acrescenta-se às atividades básicas do serviço (o planejamento, a execução das ações de saúde e a avaliação) a gestão de conflitos. Vejamos o excerto (44):

(44) tem que se dispor demais: empenhar com nossos profissionais que estão reivindicando salários, você tem, além disso tudo, você tem que educar a população, às vezes é cansativo demais, então, você tem que falar: "não é bem assim". Educar a população porque se ele vai lá no prefeito, nossa! "Dentista não faz nada!" Você entendeu? É uma educação geral, você tem que educar população, você tem que educar gestor, que não é bem assim aquele material. (16SB1.21)

Carvalho (2012) elaborou uma tipologia dos conflitos vivenciados por coordenadores de UBS que pode ser destacada como semelhante aos vivenciados pelos coordenadores da ESB apresentadas nos grupos focais. A saber, são conflitos relacionados:

1. à falta de colaboração entre os trabalhadores;
2. ao desrespeito por relações assimétricas entre os trabalhadores no ambiente de trabalho;
3. ao comportamento do "funcionário-problema";
4. a problemas pessoais ocorridos fora do trabalho;
5. à assimetria com outros níveis de gestão;
6. à infraestrutura e à organização deficitária da rede de serviços.

Sendo assim, frente à complexidade da gerência expressa nessa tipologia, os profissionais preferem não assumir a tarefa de coordenação, limitando-se a organizar atividades coletivas e clínicas de forma não institucionalizada, quando estão com “boa vontade”.

Segundo os entrevistados, o CD coordena somente quando não envolve gastos, quando é algo técnico e quando não traz visibilidade política, porque, se trouxer visibilidade política, o secretário de saúde ou o prefeito assumem.

As atividades se limitam, portanto, a assinar os relatórios, fazer lista de materiais, participar de licitações, organizar a agenda, planejar algumas atividades “extras” de Promoção da Saúde, receber e repassar informações, fazer cronograma (escalas de trabalho) e negociar horários.

Nesse sentido, os profissionais ouvidos, observam que sentem que não têm autonomia para atuar, conforme pode ser lido no excerto (45):

(45) a gente não tem infelizmente muita autonomia, apesar de ter o coordenador (da UBS) sou eu que faço os relatórios de flúor, a disposição dos horários dos dentistas, mas não passa disso. Quando é algo que talvez necessitasse um pouco mais de autonomia pra gente tomar alguma atitude pra fazer alguma coisa em termos de melhoria, a gente não tem essa autonomia pra fazer, tem que ser direto com o secretário de saúde ou até mesmo o secretário de saúde passa a bola para o prefeito. (16SB2.2)

Um profissional declarou que deseja fazer um trabalho diferenciado, mas se sente amarrado como se fosse uma marionete. De fato, a perda da autonomia para atuar pode ser frustrante para alguns profissionais, interferindo na sua proatividade e criatividade. No entanto, existem outros fatores que desmotivam os CD, tais como a baixa remuneração e o não cumprimento da carga horária, que são duas variáveis que serão discutidas com maior profundidade na sequência desta tese.

Acerca da falta de incentivos financeiros e do cumprimento de cargas horárias, é possível acessar a insatisfação dos trabalhadores em excertos como (46):

(46) É claro que ninguém joga dinheiro fora, a gente pega o serviço, mas se exigir que a gente fique mais de duas ou três horas, ou eles paguem por este período a mais que eles não pagam ou a gente não fica. Eles fingem que pagam a gente finge que trabalha. (18SB1.11)

Esses problemas ligados à insatisfação no trabalho têm consequências que geram aumento do absenteísmo, diminuição do rendimento, rotatividade de mão

de obra, reclamações e greves mais numerosas, tendo um efeito marcante sobre a saúde mental e física dos trabalhadores (VASCONCELOS, A., 2001).

A citação acima remete a outra discussão. Os profissionais se queixaram da falta de autonomia, mas, na prática, cumpriam o horário que queriam e faziam o trabalho como queriam, tal como pode ser atestado em (47) e (48):

(47) É uma autonomia até solitária. Às vezes, eles não sabem nem o horário da gente. (18SB1.24)

(48) Engraçado é que a, a única que tem que cumprir a carga horária é a enfermeira e as auxiliares só da enfermagem, agora dentista e médico não têm comprometimento nenhum. (17C2.32)

Essa autonomia, dada pelo gestor ao CD, se revela prejudicial ao serviço e interfere diretamente na organização do processo de trabalho, pois a demanda continua presente e algum dos atores acaba sofrendo pressão para assumir a gerência dos conflitos que decorrem das filas de espera, conforme expõe a coordenadora da UBS no excerto a seguir:

(49) você coordena o número de vagas que você tem e fica lá na frente dando a cara. Lá falando: “ó, você me desculpa, mas eu não tenho mais vagas”. O grande problema de todos os municípios é que não existe uma decisão técnica, na hora das decisões existe a decisão política. (18C2.8)

Alguns profissionais já estão se atentando ao fato de que é o dentista quem deve gerenciar o processo de trabalho em saúde bucal, pois são os que entendem de saúde bucal e pressupõe-se que são os que melhor poderiam organizar o serviço. Vejamos o excerto (50) que é ilustrativo a esse respeito:

(50) Agora, a gente tá colocando a casa em ordem, porque a enfermeira, realmente como você falou, elas não coordenam a equipe odontológica, então tem que ser o dentista. (18SB1.6)

A pesquisa revelou que, quando a ESB assume o trabalho de coordenação, contribui para um bom andamento da UBS. Tal como atestado em (51) e (52):

(51) Eles se organizaram, e acontece, tem um vínculo muito bom para atendimento na odonto no município, eu acho legal (...) então, é uma coisa que funciona, é bem entrosado, não ouço queixas não, então, a gente nem se mexe. (17C2.11)

(52) eu só vejo elas uma vez no mês [referindo-se aos membros da ESB], só é preciso material de limpeza e odontológico e, pronto, acabou. Eles se organizam entre eles, conferem, elas fazem as escalas delas, lá mesmo. No final do mês, mandam um boletim de frequência para atestado, hora extra, se tiver hora extra são todas justificadas (...) é tudo muito bem resolvido, elas são bem competentes. (18C1.33, acréscimos do pesquisador)

Assim sendo, ressalta-se o importante papel que deverá ser ocupado pela ESB no PSF que deverá ser valorizado por CD e coordenadores de UBS. Espera-se, com essa valorização, uma melhor integração da equipe.

5.3.1.2. Coordenador UBS

Conforme a tabela 8, em 18 UBS, o serviço de saúde bucal era gerido por coordenadores de UBS, que, em sua maioria, tinham a formação na área de enfermagem. Segundo os pesquisados, isso acontecia “porque o dentista não ficava muito tempo na UBS, mesmo sendo da saúde da família” (17C1.4).

Entre as funções exercidas pelos gerentes de unidades de saúde, definidas no município de Londrina, pelo Decreto nº 275, de 30 de abril de 2007, destacam-se:

colaborar com a atuação dos Assessores Técnico- Administrativos nas áreas de medicina, enfermagem, odontologia e saúde mental, visando a resolutividade da assistência das Unidades de Saúde; coordenar o processo de educação permanente na unidade de saúde; providenciar os suprimentos e serviços necessários ao perfeito funcionamento da unidade de saúde (...); prover e controlar o material utilizado na unidade de saúde, (...); promover integração entre a unidade de saúde e a comunidade local, objetivando o melhor conhecimento da realidade; coordenar a elaboração da escala de trabalho dos profissionais da unidade de saúde; (...) supervisionar as atividades desenvolvidas na unidade de saúde (LONDRINA, 2007, pp. 17 e 18).

Segundo Carvalho (2012), de maneira geral, nos serviços de saúde, é atribuída à gerência a responsabilidade pela condução, no sentido de acompanhar e orientar os processos de trabalho, de todos os trabalhadores da equipe; de conferir direcionalidade às ações desenvolvidas pela unidade/serviço; e também de respon-

der pela tomada de decisão. A gerência desses serviços tem a difícil tarefa de compatibilizar, o tempo todo, o produtivo campo de autogoverno dos trabalhadores com certas diretrizes propostas e interesses advindos da direção hierárquica superior da organização e, principalmente, atender as necessidades de saúde dos usuários. Nesse sentido, tem fundamental importância o papel que a gerência desempenha nas unidades básicas de saúde, considerando principalmente sua função de articular os trabalhadores de modo a organizar o processo de trabalho em saúde com vistas à integralidade da atenção.

Nesse contexto, a gerência da equipe saúde bucal está entre as suas atribuições. Fernandes *et al.* (2010) afirmam que a categoria dos enfermeiros é uma das mais mobilizadas na saúde para o gerenciamento das UBS, utilizando a descentralização administrativa, comunicação informal e criatividade para exercê-lo. No entanto, para o bom andamento do serviço, é necessário também compromisso pessoal e profissional dos outros trabalhadores da UBS.

Nesta pesquisa, observou-se que havia dois modos de agir: em alguns municípios, os coordenadores tinham um diálogo com os profissionais da ESB e delegavam algumas funções, mesmo que esporadicamente; e, em outros, não havia contato nenhum. Em alguns casos, o coordenador da UBS era cobrado pelo gestor (prefeito/ secretário de saúde) para que fizesse o serviço de saúde bucal funcionar, no entanto, declararam que só se relacionavam com os CD quando existia algum problema para resolver, ou quando necessitavam da colaboração em alguma atividade de prevenção da UBS.

Essa conduta reforça a afirmação anterior de que, em alguns municípios de pequeno porte, existe uma dificuldade de integração dos profissionais das equipes de PSF e da UBS (BALDANI *et al.*, 2005). Inclusive, não conseguem fazer reuniões e, quando precisam tratar de algum assunto, preferem fazê-lo de maneira individual.

Os coordenadores alegaram que não assumem a gerência do processo de trabalho em saúde bucal porque não têm conhecimento do que acontece no setor e não conhecem os termos técnicos. Então, contam com o CD ou TSB para organizarem o processo de trabalho, além disso, estão sobrecarregados com as tarefas da UBS e do PSF. Isso pode ser lido no excerto (53):

(53) *Então, ela até quis passar a coordenação da odonto pra mim, mas eu falei: “Não! Deus me livre! Não dou conta, não!” Aí, as duas auxiliares de odonto, elas são bem competentes, elas são responsáveis por compra, eu fico mais na parte de gerenciar os horários dos dentistas, resolver se alguém quer passar na frente da fila (...) porque eu não entendo nada de odonto. (18C1.32)*

Em alguns municípios existia uma boa integração da equipe. Em um deles, o CD afirmou que conseguia participar de editais para subsidiar alguns projetos, pois tinha o apoio do coordenador, que sempre ficava atento aos sites, passava as informações e contribuía na escrita do projeto, o que pode ser evidenciado em:

(54) *porque a gente trabalha junto com as enfermeiras, já fazem o grupo de hipertensos e diabéticos, já entra o dentista com a palestra, marcamos um dia de reunião, agendamos todos os idosos para ver se necessita trocar prótese, investigar câncer bucal. (18SB1.5)*

(55) *No nosso caso, é a enfermeira, o secretário de saúde também não sabe, quem sabe é a enfermeira responsável pelo PSF, ela que está ligando pra gente, tanto que eu recebi um e-mail e ela disse vem aqui e vamos conversar. A gente vai na sala dela, o computador dela está aberto no site do ministério, então, é ela que coleta estas informações. (18SB1.16)*

A maioria dos coordenadores de UBS afirmou que, para os profissionais da odontologia, não existiam regras, pois não cumpriam horários e organizavam o serviço (número de atendimentos/agenda) como queriam. Não desempenhavam sua função de forma adequada, não tinham ações efetivas, pois só realizavam a parte curativa e, conseqüentemente, deixavam a desejar na parte de Promoção da Saúde, conforme relatado nos excertos (56) e (57):

(56) *muito gente boa, mas efetividade nas ações também não acontece. (16C1.20)*

(57) *as duas dentistas são sobrinhas do prefeito, aí, o que acontece: você trabalha quando quer. Tem mês que não vejo dentista lá, trabalha quando quer. Até mesmo a técnica e a secretária que estaria sobre a coordenação da enfermeira, lá do posto, mas não obedece também, não existe regra para os nossos funcionários de odonto. Então, é assim, desenvolve um trabalho muito ruim, coisas que poderiam ser feitas, que teriam que ser, nós temos raio x, eles mandam para o consultório. “Por quê?” Consultório particular, aí, você pega o paciente super carente, que é um município de pessoas muito carentes. (18C1.33)*

Segundo as coordenadoras de UBS, não existia uma hierarquia e, quando cobravam o atendimento, eram considerados desagradáveis pelos demais trabalhadores. O que se observou foi que, por não se ter um trabalho em equipe, surgiu nos profissionais o desejo pela hierarquização. Ressaltando que a hierarquia não anula a corresponsabilidade, conforme destacado anteriormente.

5.3.1.3. Prefeito/secretário de saúde

Nesta categoria, prefeito e secretário de saúde serão considerados como uma única categoria, pois, segundo os participantes da pesquisa, o cargo de secretário é um cargo político, então, ele acaba agindo conforme o prefeito solicita. Vejamos os excertos (58), (59) e (60):

(58) o secretário é cargo político, então, ele também tem que fazer isso [política], faz parte da função. (16C1.16, acréscimos do pesquisador

(59) que a maioria [dos secretários de saúde] são indicados, ele não entra com a função política, política é política, ele vem com a função politicagem, geralmente, ele está interessado na função de ser vereador, é essas coisas, assim. (18C2.23, acréscimos do pesquisador).

(60) E eu não tenho, assim, ajuda do meu secretário, porque quem manda, na verdade, eu sou coordenadora, mas quem manda mesmo é o secretario e eu não tenho ajuda, um apoio dele. A grande verdade, em município pequeno, o secretario não manda nada, conselho municipal de saúde não manda nada, quem manda é o prefeito. (18C2.17)

Para os entrevistados, o papel do prefeito/secretário de saúde seria o de ouvir e apoiar as atividades da equipe de saúde, tomando decisões junto com os profissionais. Afirmaram, ainda, que, quando o secretário é da área da saúde facilita as decisões. Alguns acreditam que atualmente esses estão mais bem preparados, no entanto, para outros, persiste uma cultura do interesse político; sendo que isso influi diretamente na gestão, pois alguns realizam a gestão de forma autoritária e outros, paternalista. Leiam-se os excerto (61) e (62) que atestam essa análise:

(61) *Você sabe que eu acho que com as cobranças, que tem hoje de saber da responsabilidade fiscal, hoje, os secretários de saúde têm que ser pessoas mais preparadas, porque, senão, eles não conseguem levar o município, porque tudo mudou. Porque hoje não é mais aquele povo assim: “ah ele é amigo do prefeito coloca lá ele secretário de saúde”. Aí, o prefeito ia lá, dava de dedo na cara de todo mundo lá: “ah eu não quero que faz isso”. O cara não tinha noção de nada, hoje não, hoje, é diferente, hoje, as pessoas são mais preparadas, porque, senão, não conduz o município. (17SB1.10)*

(62) *Existem alguns interesses que fogem os interesses técnicos pra coisa funcionar... não existe preparo. Hoje, pra gestão pública, qualquer um pode ser secretário de saúde, entendeu? (...) fica incoerente o nosso trabalho técnico porque você tem que fazer, tem que acontecer, você é profissional, pós-graduado. (17C2.23)*

No campo da capacidade gestora, a despeito de uma recente profissionalização da gestão, impulsionada pela necessidade de qualificação para as novas funções, a herança conservadora e patrimonialista se contrapõem a uma administração pública profissionalizada que utiliza a valorização do trabalhador, sua profissionalização com desenvolvimento de habilidades e responsabilidades, medidas de avaliação de desempenho, entre outras. Permanecem as prática de “indicação política” e de funções gestoras como de “governo”, em detrimento do caráter técnico para qualificação da gestão (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2006).

Os entrevistados referiam-se a eles como os gestores maiores e que, devido aos interesses políticos, constantemente, agradavam a população e os funcionários, em busca de votos e popularidade, agindo de maneira, por vezes, contraditória com as ações de saúde básica que deveriam ser empreendidas.

Araújo e Dimenstein (2006) relataram que a inclusão do CD no PSF, tal como ocorre com outros profissionais, é definida por relações pessoais e políticas, o que interfere no tipo de trabalho realizado e no comprometimento que esse profissional estabelece com seu trabalho e com a comunidade. E que, no caso, do Rio Grande do Norte, assim como nos município de pequeno porte do norte do Paraná, a interferência consistia em cobrar do profissional um atendimento mais clínico.

Em municípios de pequeno porte, existe uma grande proximidade com a população e esse vínculo apresenta dois aspectos, segundo nossos entrevistados: vigiam e são vigiados. Quando se referem a serem vigiados, associam seu trabalho a pressões de controle, no sentido de fiscalização e cobrança, por meio das reclama-

ções, do grito da população, uma vez que, nesses municípios, o conselho de saúde se mostrou pouco atuante e, muitas vezes, manipulado por esses gestores maiores.

Ainda sobre a relação entre as agendas políticas e o desenvolvimento do trabalho nas UBS, os períodos mais críticos para os coordenadores são os eleitorais, devido às transições políticas. A esse respeito, observaram:

(63) O ano que vem, cada um vai chegar lá “Meu paciente tá aqui, eu quero que você atenda”, eles te responsabilizam, é a política. (16C1.15)

(64) De quatro em quatro anos, muda tudo, se mudar a gestão. (17C1.23)

(65) Quando acontece a eleição, no ano seguinte, você entra em uma reunião na regional, você fica procurando a carinha das colegas, porque são todas dispensadas. (18C1.8)

Ressaltam que o andamento da coordenação depende do gestor que está atuando. Em alguns momentos, os profissionais têm autonomia e, em outros, não, e afirmaram que gostariam de ter menos interferência.

(66) Então, isso que eu ia falar do secretário é interessante, como você passa por muitas mudanças, então, assim, a gestão, ela é fundamental, ela que te dá espaço para trabalhar, ou tira o seu espaço, te dá apoio, a questão da autonomia. Então, assim, a gente já viveu muitas fases, de ter autonomia, de não ter, de ficar limitado. (17SB1.8)

(67) Muitas vezes, são questões relacionadas ao próprio andamento da unidade que, se a pessoa chegasse em mim, a gente conseguiria resolver sem, antes, estar passando para o secretário de saúde, são coisas, assim, rotineiras que se não têm necessidade do secretário ter que resolver, que, ali dentro, mesmo sem secretário, a gente teria resolvido. (18C1.15)

Apesar da impressão exposta pelos participantes da pesquisa, as transições políticas não deveriam afetar as políticas do serviço público tão diretamente, como acontece em municípios de pequeno porte, uma vez que hoje tais políticas, assim como as políticas de Recursos Humanos em saúde, são aprovadas pelos Conselhos de Saúde. Assim, pressupõem-se menores as possibilidades de que sejam afetadas em razão de mudanças de governo. Além disso, considerando que se trata de programas bem orientados, com uma boa base filosófica, metodológica e doutrinária, não há por que sofrerem descontinuidade ou distorções de tempos em tempos (GARCIA, 2010).

(68) A odontologia fica em segundo plano fora da política. Quando é da política ela é primeiro plano (porque antigamente tinha isso...). Eu para trabalhar não gosto de ano par mais. Ano ímpar não tem eleição é um sossego. (18SB1.17)

Constantemente, são cobrados pela RS para que se ofereça um serviço de qualidade.

5.3.1.4. Regional de Saúde

Para os entrevistados, duas RS têm um importante papel na organização da Atenção Básica e do serviço de saúde bucal, pois cobram o cumprimento de metas, ao mesmo tempo em que oferecem apoio aos profissionais. Já, em uma das regionais, externaram o desejo de mais apoio. Vejamos os excertos (69), (70) e (71):

(69) a regional, lógico que a função deles, de uma certa maneira, é cobrar, mas também eu sinto um apoio, porque fazem oito anos que estou trabalhando, mas qualquer dúvida que eu tenho, pego o telefone e ligo. (17C1.14)

(70) a regional, ela sempre está disposta a estar indo ao município, para estar sentando junto com a equipe do município para estar discutindo as ações, o que falta, o que a gente pode estar fazendo. (18C1.21)

(71) Eu acho que é mais questão de cobrança, orientação. Eu sinto bem pouco mesmo, eu estou dizendo de saúde, eu sinto bem pouco, eles vão mais pra fiscalizar, porque você tá fazendo desse jeito, mas não é assim que faz. Pegam muito no pé das ACD, eles pegam muito no pé delas, é mais questão de cobrança mesmo, do que auxílio. (16SB1.27)

Destaca-se que esse apoio, principalmente, no que se refere a qualificação dos profissionais, é algo que acontece desde a década de 1980 com o movimento de descentralização da saúde determinado pela Constituição Federal (BRASIL, 2004b). Leia-se o excerto que segue:

(72) sempre focaram os atendimentos diferenciados. Então, por exemplo, nós já viemos aqui, várias vezes, para curso para atendimento de idoso, como se faz para atender idoso, as dificuldades deles. Por exemplo, sempre foi feito a parte da bebê clínica (...) todas as mães e gestantes têm que passar pela puericultura, quando o bebê nasce, a enfermeira já, automaticamente, encaminha para o dentista e nós já passamos o

flúor diluído para ela, a gente orienta. Então, é uma cadência de coisas que vêm há muitos anos sendo feita que você acaba tendo um atendimento geral da população. (17SB1.20)

Alguns exemplos de ações da regional tiveram destaque nas falas, tais como: apoio com a coleta de lixo, fiscalização das condições de trabalho, articulação dos municípios com os CEO, apoio na redação de projetos e na compra de equipamentos.

Essa articulação entre regional e município tende a se fortalecer com o Decreto nº 7508/2011 (BRASIL, 2012b, 2011b), que reconhece, como instâncias de decisão do SUS, as Comissões CIT, no âmbito nacional, CIB, na esfera estadual; e Regional, no campo das Regiões de Saúde. Dessa forma, atesta que o processo de diálogos entre os entes federados, em fóruns de abrangência nacional, estadual e regional, é de fundamental importância para a sustentabilidade e governabilidade da construção consensual das regras de gestão compartilhada.

O decreto é considerado um marco na administração pública, porque define responsabilidades dos três entes e determina uma gestão interfederativa, com foco nas redes de atenção à saúde, estruturadas a partir da regionalização (MONTEIRO, 2011). Nele, é possível acessar as normas como a que prevê que a colaboração firmada entre os entes será legalizada por meio do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde, em que deverão constar indicadores e metas, critérios de avaliação, recursos, forma de controle e fiscalização da execução. O Planejamento ganhará a ferramenta Mapa da Saúde, uma descrição geográfica da distribuição de profissionais, ações e serviços ofertados pelo SUS e iniciativa privada (BRASIL, 2012b, 2011b).

No Brasil, já era comum que municípios se organizassem em regiões para suprir a carência de serviços. E também era comum um cidadão sair por conta própria de seu local de origem em busca de unidades de saúde, o que podia lhe custar a vida. Ao delegar responsabilidades aos gestores, inclusive financeiras, o decreto possibilita acompanhar, de forma planejada, esse trânsito, garantindo ao cidadão assistência integral (MONTEIRO, 2011). A fala abaixo revela o desejo dos CD de obterem mais apoio da regional:

(73) *tinha muito encontro, então era o ideal assim ter esse curso de capacitação. A gente sente falta desses encontros, porque, hoje, nós estamos numa evolução que está na hora da gente começar a discutir. (17SB1.32)*

Uma das regionais se mostrou a mais atuante na área odontológica, sendo que em duas não realizavam reuniões com os CD há, pelo menos, três anos, conforme revelaram abaixo os profissionais de diferentes regionais:

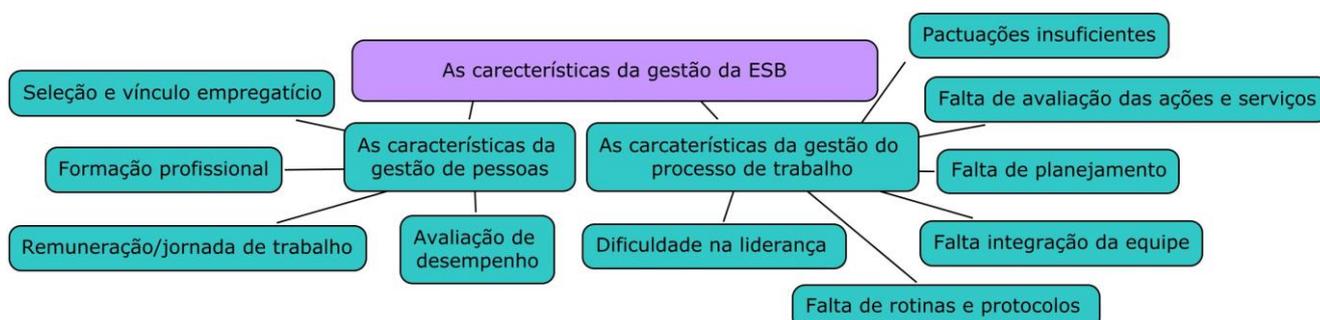
(74) *Até um tempo atrás, desculpa o que eu vou falar aqui na frente de vocês, mas existia isso aí, porque a gente se reunia, a regional convocava os profissionais e fazia a reunião, cada um apresentava, uns já tinha um relatório pronto de indicadores, mas isso já tem uns três ou quatro anos, dos dentistas eu estou falando, das outras áreas tenho visto que continua. (RegionalSB1.22)*

(75) *Acho que faz uns três anos que não tem, eu mesmo não participo de nenhuma reunião há mais de três anos. A gente se vê uma vez por ano. (RegionalSB2.13)*

Frente ao que foi apresentado nesta categoria em relação à não integração desses quatro atores que influenciam o processo de trabalho da ESB, pode-se afirmar que dificilmente haverá um trabalho integrado. A seguir, será apresentado como esse processo tem sido gerenciado em um cenário de pouca integração.

5.3.2. As características da gestão da ESB

Figura 11 – Mapa conceitual da subcategoria analítica “As características da gestão da ESB”



Na área da gestão do trabalho, está contido um conjunto de ações que tem por finalidade valorizar o trabalhador e o seu trabalho, tais como a implementação das Diretrizes Nacionais para instituição ou reformulação dos PCCS no âmbito do SUS, a desprecarização dos vínculos de trabalho, o apoio à implantação de Mesas de Negociação Permanente no SUS, a criação da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde para debater a regulamentação das profissões da área da saúde e o programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS entre outros (BRASIL, 2006c).

O discurso da valorização no meio administrativo surge devido ao crescimento e ao grau de complexidade das tarefas organizacionais após o impacto da Revolução Industrial. Esse é motivado pelo intuito de se buscar o equilíbrio entre o capital e o trabalho, almejando-se uma diminuição dos conflitos entre os interesses das organizações e os interesses individuais dos que trabalham nessas organizações (CHIAVENATO, 2010).

Até alguns anos atrás, os que trabalham nessas organizações eram designados como “recursos humanos”. Tratava-se de um período em que atuava-se de uma forma mecanicista, em que o empregado devia obediência ao chefe e servia, apenas, para a execução da tarefa, exercia-se o controle centralizado. Segundo Chiavenato (2010), o termo “gestão de pessoas” trouxe uma visão diferente, em que os empregados são chamados de colaboradores e os chefes de gestores, sendo uma área sensível à mentalidade que predomina nas organizações. Para esse autor, essa área depende de vários aspectos, como a cultura que existe em cada organização, da estrutura organizacional adotada, das características do contexto ambiental, do negócio da organização, da tecnologia utilizada, dos processos internos, do estilo de gestão utilizado e de uma infinidade de outras variáveis (CHIAVENATO, 2010).

Por depender da cultura que existe na organização, esse discurso da nova ordem – valorização do trabalho em equipe, da qualidade total, da participação, da multifuncionalidade, da flexibilização e da qualificação do trabalhador para alguns autores – mantém a exploração e a intensificação, além de incentivar a precarização das relações de trabalho.

Ainda que a saúde tenha características produtivas específicas é necessário que compreendamos que esses atravessamentos do capital e da escolha por determinados modelos de gestão influenciam o modo como levamos a assistência aos

usuários. Isso, porque os trabalhadores do SUS, ainda que num sistema público, são atingidos por essas modulações e podem se ver num quadro de incertezas, impotência e angústia diante da perda de seus direitos trabalhistas (FARIA, 2010). Vejamos o excerto (76) que evidencia essa reflexão:

(76) Eu, com a minha experiência, que eu tenho anos, vou falar uma coisa para você, hoje, eu me arrependo, porque eu tinha meu consultório particular, eu vim substituir uma colega, eu falei: “pelo amor de Deus, eu vou entrar, eu vou modificar, eu vou querer ser”. Eu lembro que eu fechei os olhos, eu vendi tudo que eu tinha no meu consultório, naquela época eu tinha tudo. Eu tinha que parar. Eu tinha que entrar na saúde. Eu estou há trinta anos e o que que eu ganhei? Lógico, eu ganhei experiência. Eu ganhei muita coisa, pessoalmente, eu ganhei satisfação pessoal na minha realização dentro da odontologia, mas, no financeiro, eu não tive realização. Então, tem que questionar muito isto... Esse meu sonho, que eu me dediquei, que eu amava, que eu lutei... (17SB1.37)

Nessa perspectiva, vale salientar que é no trabalho que o indivíduo pode projetar seus sonhos, buscar a concretização desses, sentir-se útil e livrar-se das angústias que fazem parte da natureza humana. As pessoas têm necessidade de reconhecimento, de serem vistas como alguém bem sucedido e merecedor de louvores (SIQUEIRA, 2009; VASCONCELOS, A., 2001).

Segundo a Portaria nº 2.488 GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, é da responsabilidade das três esferas do governo: (i) desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde; (ii) valorizar os profissionais de saúde, estimulando e viabilizando a formação e a educação permanente dos membros das equipes; (iii) garantir os direitos trabalhistas e previdenciários; (iv) qualificar os vínculos de trabalho; e (v) implantar carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários (BRASIL, 2011a).

Na sequência discutiremos mais detalhadamente tais atribuições.

5.3.2.1. As características da gestão de pessoas

Na Atenção Básica, as ações de saúde concretizam-se predominantemente na dimensão das relações interpessoais, portanto, é central o papel dos trabalhado-

res da saúde. A produtividade e a qualidade dos serviços oferecidos à sociedade são reflexos da forma e das condições como são tratados os sujeitos que ali atuam. Dessa forma, torna-se importante adotar a gestão do trabalho como eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde (ARIAS et al., 2006).

O processo de estruturação da Atenção Básica pressupõe uma maior autonomia e poder decisório nas unidades básicas de saúde, tendo em vista a necessidade da organização do processo de trabalho e da administração dos trabalhadores de saúde, não mais vistos como meros insumos, mas, como agentes sociais necessários para mudar o jeito de se fazer saúde (MISHIMA et al., 1997).

Nesse contexto, a estabilidade, o vínculo de trabalho dos profissionais das equipes de saúde, a capacitação permanente, a possibilidade de negociação das condições de trabalho, os mecanismos de gestão e organização dos processos de trabalho, a fixação por meio da existência de plano de carreira, cargos e salários são decisivos para o desempenho e motivação dos profissionais (LACAZ, 2008).

A seguir apresentaremos um conjunto de ações que estão sendo aplicadas nos municípios de pequeno porte pesquisados.

Recrutamento – seleção e vínculo empregatício

A seleção de quem vai trabalhar na organização consiste em agregar pessoas ou prover pessoas para os cargos. Juntamente com este tópico, será discutida a forma de contratação (ou vínculo empregatício) dos profissionais, tendo em vista que esses dois aspectos sugerem uma maior estabilidade no emprego.

Quanto à forma de ingresso no serviço, houve predominância de seleção por concurso público/teste seletivo com 86,5% dos profissionais. No entanto, 21 (11,8%) foram selecionados por processos mais subjetivos, como análise de *curriculum vitae*, entrevistas ou indicações, dentre outras formas de ingresso (Tabela 9).

Tabela 9 – Forma de ingresso no serviço público dos trabalhadores da Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica dos municípios de pequeno porte das 16^a, 17^a e 18^a Regionais de Saúde, estado do Paraná, 2010.

Forma de ingresso no serviço público								
Categoria profissional	Concurso/Teste seletivo		Formas subjetivas de ingresso*		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	N	%	n	%
CD	73	84,9	11	12,8	2	2,3	86	100,0
TSB	23	88,5	2	7,7	1	3,8	26	100,0
ASB	58	87,9	8	12,1	-	-	66	100,0
Total	154	86,5	21	11,8	3	1,7	178	100,0

* Processos mais subjetivos foram considerados *Curriculum Vitae*, entrevista, indicação e outras formas de ingresso (sem contrato e sem concurso).

A exigibilidade do concurso e da seleção pública é definida pela Constituição da República Federativa do Brasil, no seu artigo 37, como indispensável ao próprio cumprimento dos princípios essenciais da legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade (BRASIL, 1998).

A admissão ao serviço público que obedece a tais requisitos justifica-se, como critério de justiça, pelo fato de contornar os males que costumam acompanhar as contratações realizadas a bel prazer pelos gestores, tais como: (i) evita o favorecimento, o apadrinhamento e diferentes formas de clientelismo; (ii) obedece ao princípio do mérito, promovendo o acesso a todos os cidadãos que tenham as competências requeridas; e (iii) assegura a transparência e a publicidade do processo de admissão (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004).

No presente trabalho, a predominância da forma de ingresso por concurso público (86,5%) trata-se de um diferencial positivo para as três regionais pesquisadas (Tabela 9), pois, apesar de a Constituição brasileira prever a realização de concursos públicos, há, no Brasil, inúmeras formas de seleção e contratação. Isso se deve ao fato de que, nas décadas de 1980 e 1990, predominou no MS o incentivo para a contratação de equipes para o PSF por meio de organizações não governamentais e por cooperativas (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004; FARIAS, 2010).

Essas organizações, nem sempre, realizavam um teste seletivo para garantir a transparência do processo e, nem sempre, obedeciam às leis trabalhistas no que tange ao vínculo empregatício, fato que pode levar às conhecidas práticas clientelistas. Isso tem sido traduzido em instabilidade no emprego, especialmente nos municípios de menor porte (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Conforme citado na tabela 9, nas regionais pesquisadas, ainda existe um percentual de trabalhadores (11,8%) que não foi contratado por concurso público. Trata-se de uma contradição com o que dispõe o inciso II do art. 37 da Constituição brasileira (BRASIL, 1998):

a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração.

Segundo Nogueira, Baraldi e Rodrigues (2004), uma vez que os contratados não se submeteram a esses requisitos de admissão, estão exercendo um trabalho irregular ou ilícito. Portanto, o que, atualmente, no setor público denomina-se “trabalho precário” surge não de um *déficit* de proteção social propriamente dito, mas, de um ato administrativo que contraria o princípio da legalidade. A consequência disso é que os direitos de um trabalhador celetista contratado sem concurso, por exemplo, não podem ser plenamente arguidos em tribunal, porque o contrato que lhe deu acesso ao serviço público é juridicamente nulo, tanto quanto o é, um contrato sem carteira de trabalho assinada.

Entre tais direitos e benefícios, podem ser mencionados a licença maternidade, as férias anuais, o décimo terceiro salário, a aposentadoria, que são comumente assegurados pela legislação trabalhista e de seguridade social, acrescentando, ainda, o sentimento de instabilidade no trabalhador (NOGUEIRA, BARALDI; RODRIGUES, 2004). Esses são exemplos da materialização dos aspectos neoliberais e da flexibilização do trabalho no setor saúde (FORTUNA et al., 2002).

A seguinte fala exprime muito bem o que esse tipo de conduta gera no trabalhador da Atenção Básica:

(77) Você acha que tem lógica baixar um decreto que o cara não pode tirar férias, não existe isso no mundo, incentivo... depois vai querer cobrar alguma coisa da Atenção Básica... isso não existe, isso é desmotivação, é ditadura. (18C2.30)

Na teoria e na jurisprudência, tem-se procurado relativizar tal interpretação, em defesa de direitos mínimos que devem ser assegurados ao trabalhador que se encontra nessa condição, mas, ainda assim, o fato de não terem passado por teste seletivo os torna vulneráveis e também vulnerabiliza a consolidação do SUS. Além disso, revelam-se como um dos entraves para a efetivação do PSF e para os princípios do SUS. Um dos motivos é a questão da continuidade do vínculo do profissional com a comunidade (FARIA, 2010).

Souza e Roncalli (2007) constataram que, no Rio Grande do Norte, um grande número de CD (40%) tinha com o município uma relação firmada através de contratos temporários e a forma de contratação foi, em sua maioria, por indicação, ou seja, não houve qualquer seleção para esses profissionais.

Faria (2010) discute que diante da reformulação do modelo de atenção que passa a assumir uma forma regionalizada de organização pautada na descentralização, os municípios tornaram-se os maiores responsáveis pela contratação de trabalhadores do SUS, mas encontraram constrangimentos diante da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Sancionada em 2000, a LRF define que as despesas com pessoal não podem ultrapassar 50% da receita dos estados e municípios, e 60% no que se refere ao nível federal, limitando a autonomia do setor público para contratações de pessoal.

Muitos municípios, frente a essa legislação e sem orientação a respeito de como proceder com as novas exigências ministeriais, bem como sobre os programas a serem implementados, além de sofrerem com instabilidades administrativas e orçamentárias, acabaram por ter que optar por formas de contratação via parcerias com Organizações não Governamentais (ONG), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e cooperativas. Desde então, surgiram problemas associados à precarização dos vínculos de trabalho (FARIA, 2010).

Muitas vezes, afirma-se que os contratos precários e terceirizados expressam a intenção do gestor de gastar menos para fugir aos tetos estabelecidos para os gastos. No entanto, não está claro se os contratos irregulares de trabalho no setor público implicam sempre em menores custos para o empregador estatal, dado

que, para algumas categorias, como a dos médicos, o nível de remuneração praticado pode ser de até duas vezes mais do que se paga nos contratos regulares. Essa é uma situação bem conhecida do Programa de Saúde da Família (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004).

Frente à necessidade de se pactuar e de se monitorar o “melhor contrato possível” para o interesse público e de se buscarem alternativas políticas, institucionais e legais para a gestão do trabalho que atenda aos interesses do usuário, a terceirização pode trazer alguns problemas, por exemplo: o aumento da fragmentação institucional, com diversos prestadores de serviço e trabalhadores com diferentes vínculos empregatícios e níveis de proteção social do trabalho, e a instabilidade do quadro de trabalhadores e das equipes de trabalho, sejam assistenciais ou gerenciais (PEDUZZI, 2007).

Nesta pesquisa, observou-se que 152 (89,4%) profissionais apresentaram vínculos empregatícios formais, ou seja, estavam submetidos ao Estatuto do Servidor Público 76 (44,7%) ou à Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Por outro lado, 18 (10,5%) profissionais foram admitidos por terceirizações, contratos temporários ou cargos comissionados (Tabela 10).

Tabela 10 – Vínculo empregatício dos trabalhadores da Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica dos municípios de pequeno porte das 16^a, 17^a e 18^a Regionais de Saúde, estado do Paraná, 2010.

Categoria profissional	Vínculo empregatício											Total
	Estatuto servidor		CLT		Contrato temporário		Terceirizado		Cargo comissionado			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	
CD	31	38,3	44	54,3	3	3,7	2	2,5	1	1,2	81	100,0
TSB	17	65,4	6	23,1	-	-	3	11,5	-	-	26	100,0
ASB	28	44,4	26	41,3	1	1,6	7	11,1	1	1,6	63	100,0
Total	76	44,7	76	44,7	4	2,3	12	7,0	2	1,2	170*	100,0

* O resultado não corresponde ao total de 178 entrevistados, pois 8 participantes não informaram o vínculo empregatício

Mais uma vez, pode-se observar que, nas três regionais pesquisadas, existe uma preocupação em se manter vínculos menos precários de trabalho. Esse resultado é semelhante ao encontrado por Mendonça *et al.* (2010), que pesquisaram a

gestão do trabalho em quatro centros urbanos (Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória), onde constataram que, especialmente no nível municipal, os contratos precários estão sendo substituídos por quadros próprios, por meio da realização de concurso público.

Atualmente, o MS entende que os preceitos neoliberais e a adoção de uma política de precarização das relações de trabalho, mediante modalidades de vinculação atípicas, implica na fragilização da capacidade de negociação e no comprometimento da qualidade dos serviços prestados à população. Esse reconhecimento levou à formulação de duas estratégias: o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, cuja meta principal é a elaboração de políticas e formulação de diretrizes a serem adotadas no processo de eliminação dos vínculos precários de trabalho na saúde; e a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETES), para tratar especificamente da gestão dos recursos humanos na dimensão do trabalho e da educação na saúde (ARIAS et al., 2006; FARIA, 2010).

O governo assumiu o compromisso de substituir esse contingente com a ampliação de cargos efetivos abertos para concurso e também, em menor escala, por meio de cargos de confiança. Nesse sentido, tanto para o governo federal quanto para estados e municípios, a regularização dos vínculos de trabalho da administração pública passa pela eliminação gradual do trabalho “mediado” por cooperativas e outras entidades, com sua substituição por servidores devidamente concursados (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004).

Conforme sintetizado na tabela 10, dos profissionais que possuem contratos mais formais, somente a metade são servidores públicos. O trabalhador da administração pública tem baixa vulnerabilidade, assumindo que ele conta com proteção em relação a benefícios sociais (férias, licenças, aposentadorias etc.) e prerrogativas trabalhistas (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004), o que pode ser um atrativo para os profissionais procurarem o serviço público, apesar de reclamarem dos baixos salários.

A título de exemplificação, tem-se os resultados da pesquisa de Lourenço et al. (2009), que observaram que, em relação à forma de contratação dos profissionais das ESB no estado de Minas Gerais, apenas 33% relataram vínculos estáveis (teste seletivo interno e concurso externo). Em sua pesquisa, os profissionais das equipes relataram outras formas de contratação, como credenciamento, indicação política,

nomeação, licitação, terceirização, contratos por cooperativas, contrato temporário, contrato de prestação de serviços, entre outros.

Os vínculos precários de trabalho, além de não resguardarem os direitos trabalhistas dos profissionais, fazem com que esses fiquem a mercê das mudanças políticas (LOURENÇO et al., 2009) e susceptíveis ao assédio moral, embora não garanta que isso não ocorra. A esse respeito, podemos observar o relato apresentado no excerto (78):

(78) em relação à valorização e bater de frente com o prefeito, eu falo bem a verdade, eu só não ganhei a conta ainda porque eu sou funcionária concursada [...] não é só com você não, comigo também ele fala: “não pensa que só nomeado ou cargo definitivo você pode ser mandada embora, você como concursada também pode ser mandada embora”. (18C2.20)

Esse tipo de conduta pode ser definida como uma prática de assédio moral. Cabe definir que o assédio moral é toda e qualquer conduta abusiva (gesto, palavra, comportamento, atitude) que atente, por sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho. Como o setor público está voltado para o bem público, os abusos que ocorrem na Administração parecem chamar mais a atenção. Nesse caso, aparentemente, o assédio não está relacionado à produtividade como, geralmente, ocorre no setor privado, mas à disputa pelo poder (BRASIL, 2009b).

Lourenço et al. (2009), que retrataram a precariedade do contrato de trabalho de CD, afirmam que o fato de não se ter controle sobre a manutenção do vínculo também provoca sensações de desvalorização.

A estratégia de saúde da família, intensiva em força de trabalho, ainda encontra obstáculos na incorporação de profissionais relativos à inserção e ao desenvolvimento de recursos humanos. Os mecanismos de inserção dos profissionais das equipes de saúde por meio de contratos temporários e de vínculos precários podem afetar a sustentabilidade do programa. Vínculos empregatícios estáveis e legalmente protegidos favorecem a adesão de profissionais e a formação de laços com as comunidades (SCOREL et al., 2007).

Os entrevistados reconheceram a estabilidade no serviço como algo positivo, no entanto, citaram alguns profissionais que se aproveitam disso para não exercer suas tarefas. Vejamos o excerto que segue:

(79) A partir do momento que eles foram concursados, eles pegaram uma força tamanha que eles não cumprem mais com o dever deles. Eles batem de frente com você e você perde as pernas, porque a gente não consegue mais coordenar, cobrar, fazer que eles cumpram as quarenta horas, mesmo que a gente faça uma semana eles cumprirem, dali uma semana, começa de novo, falta um dia, falta outro dia, não vem cumprir tal coisa, e é desse jeito. (18C2.8)

Essa fala menciona o não cumprimento do dever dos profissionais, o não respeito à hierarquia, o não cumprimento da carga horária e a recorrência de faltas. Todo funcionário público, mesmo municipal, deveria observar um estatuto do servidor, em que deveriam constar os deveres do servidor, que se não cumpridos podem respaldar um processo administrativo.

Esses estatutos poderiam ser baseados no Estatuto de Servidor Público Federal, mas é importante destacar que cada órgão poderia estabelecer, em suas normativas internas, detalhamento e/ou complementação desses deveres. Dessa forma, conduta de servidor de autarquia que acarretar descumprimento de dever inscrito exclusivamente em seu Regimento Interno pode ensejar aplicação de penalidade disciplinar, com penalidades que variam entre advertência, suspensão ou demissão (BRASIL, 2013).

Somente a título de exemplificação, podem-se citar alguns incisos do Art. 116, do Estatuto do Servidor Público Federal que questionam as atitudes citadas na fala acima: o inciso I “exercer com zelo e dedicação as atribuições do cargo”; o inciso IV “cumprir as ordens superiores, exceto quando manifestamente ilegais” e o inciso X “ser assíduo e pontual ao serviço” (BRASIL, 2013).

O termo “zelo” remete à ideia de grande cuidado e preocupação que se dedica a alguém ou algo, forte disposição, diligência, empenho aplicado na realização de algo (HOUAISS, 2001). Ressalte-se que não é necessário que o servidor habitualmente exerça de forma desleixada suas atribuições para a caracterização de ofensa ao dever acima descrito, uma vez que a infração se perfaz com conduta única, ainda que nos assentamentos funcionais do servidor constem elogios ou menções honrosas (BRASIL, 2013).

Treinamento – formação profissional

Dos noventa coordenadores que responderam aos questionários, 78 (86,6%) tinham graduação em enfermagem, um terço tinha especialização na área de Saúde Coletiva e apenas 21 (24,7%) haviam feito curso preparatório para a função gerencial.

Entre a ESB, a escolaridade máxima mais frequente foi o ensino médio (44,4%), seguido por pós-graduação (29,8%), ensino superior completo (23,0%) e ensino superior incompleto (2,8%). A distribuição da escolaridade máxima segundo a profissão encontra-se na tabela 11.

Tabela 11 – Distribuição dos trabalhadores da Equipe de Saúde Bucal dos municípios de pequeno porte das 16^a, 17^a e 18^a Regionais de Saúde quanto à categoria profissional e escolaridade máxima, estado do Paraná, 2010.

Categoria profissional	Escolaridade máxima										Total	
	Ensino Médio incompleto		Ensino Médio completo		Ensino Superior incompleto		Ensino Superior completo		Pós-graduação			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CD	-	-	-	-	-	-	36	41,9	50	58,1	86	100,0
TSB	-	-	20	76,9	2	23,1	2	23,1	2	23,1	26	100,0
ASB	1	1,5	58	88,0	3	4,5	3	4,5	1	1,5	66	100,0
Total	1	0,6	78	43,8	5	2,8	41	23,0	53	29,8	178	100,0

Entre os 86 CD, 50(58,1%) têm pós-graduação. Desses, 42 informaram em qual área fizeram a pós-graduação. Torna-se importante destacar que as áreas de formação foram categorizadas em áreas de especialização voltadas para a Atenção Básica ou Especialização em outras áreas (mais voltadas para práticas privadas):

- Especializações voltadas para a Atenção Básica: Administração de Serviços de Saúde (1), Especialização em ESF/PSF (3), Mestrado em Saúde Pública (1), Odontopediatria (2), Residência em Odontologia (1) e Saúde Coletiva/Saúde Pública (5), perfazendo um total de 13 (31%) profissionais.

- Especializações em outras áreas: Acupuntura (2), Ciências Fisiológicas (1), Dentística Restauradora (1), Endodontia (9), Endo Implante (1), Mestrado em Dentis-

tica (1), Mestrado em Endodontia (1), Ortodontia (7), Periodontia (2) e Prótese (4), perfazendo um total de 29 (69%) profissionais.

Araújo e Dimenstein (2006), em pesquisa no Rio Grande do Norte, observaram que os CD tinham perfil profissional voltado para a clínica, aspecto relacionado à sua formação acadêmica e à expectativa da comunidade, bem como da gestão do serviço em priorizar o atendimento clínico. A maioria não possuía especialização, e os que tinham tal formação concluíram cursos sem nenhuma relação com a saúde pública ou coletiva, demonstrando a falta de preparo acadêmico para uma atuação mais adequada ao PSF.

Esse resultado é semelhante ao encontrado por Santos Neto *et al.* (2012), em pesquisa realizada em Grande Vitória, no Espírito Santo, em que também houve o predomínio de cursos relacionados às especialidades. Portanto, observa-se, entre os profissionais de saúde bucal, uma maior valorização em práticas limitadas à atenção curativa e clínico-restauradora, em detrimento à atenção integral proposta pelo SUS e à estratégia da saúde da família, que compreende o processo saúde-doença e as necessidades sociais em saúde bucal (GONTIJO, 2006).

O trabalhador em saúde é alguém que se preparou em escolas que, em sua maioria, priorizam a excelência técnica ou o uso de instrumental sofisticado (FORTUNA *et al.*, 2002) e mantém essa visão no serviço público.

Para Campos (2002), especializar-se implica sempre recortes verticais no saber (área de competência) e na prática (área de responsabilidade). Portanto caberia à gerência lidar com os limites da competência e da responsabilidade operacional de cada trabalhador, reconhecendo-se a superioridade do trabalho em equipe, mas definindo-se as responsabilidades individuais, diante de cada caso, sem a diminuição da capacidade de os agentes executarem procedimentos típicos de cada especialidade ou profissão.

Segundo Almeida e Mishima (2001), isso remete à autonomia dos profissionais, mas ao mesmo tempo à interdependência dessas autonomias. Como estabelecer espaços de negociação para uma atuação integrada? Para essas autoras, essa construção requer articulação das ações e a interação dos agentes, sendo essa última a mais difícil, pois não está “normatizada” *a priori*, requer um compromisso ético e respeito com o outro, com cada um e com todos da equipe e, acima de tudo, com a clientela.

Os participantes ainda acreditam que a universidade não prepara para a gestão, disseram que alguns profissionais tiveram capacitações, mas foi somente no início do programa, conforme o excerto (80):

(80) a gente não tem como coordenador e como gestor “formação”, depois a gente não tem também o apoio ou a comunicação necessária para a gente estar fazendo um bom trabalho, é o que eu vejo, necessita de capacitação principalmente (17SB1.42).

Frente à importância dos cargos gerenciais, as empresas privadas preparam e formam o profissional para exercer essas funções, o que não acontece no setor público. Esse trabalho evidencia a necessidade de qualificação do gerente como um desafio a ser enfrentado (OHIRA, 2012).

Diante do desafio atribuído ao Programa de Saúde da Família em relação à missão da construção de um novo modelo para a Atenção Básica no Brasil, torna-se imprescindível aprimorar o processo de capacitação dos profissionais para suas novas funções, garantindo que todos os profissionais realizem formação que superem a fragmentação programática dos conhecimentos, articulando, na capacitação permanente, aspectos técnico-científicos mais gerais com a especificidade dos condicionantes locais (ESCOREL et al., 2007).

No entanto, não se trata de capacitações nos modelos tradicionais, a proposta é que se fortaleça a Educação Permanente em Saúde (EPS). Segundo Cecim (2005a), a EPS procura mudar o modelo tradicional de educação em saúde e na graduação, salientando que as capacitações não se mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas, tanto de gestão como de atenção e de controle social, gerando especialistas e aumentando a fragmentação intersetorial e interinstitucional. Ceccim (2005b) descreve que a EPS busca mudar o perfil dos trabalhadores de saúde para profissionais que tenham compromisso com um objeto e com a sua transformação e isso acontecerá quando todos os atores forem protagonistas e comprometidos na condução do sistema de saúde. A EPS como ferramenta de gestão será discutida mais à frente.

Recompensas – remuneração/jornada de trabalho

Um dos principais assuntos abordados no grupo focal foi a remuneração aliada à jornada de trabalho. Os CD alegaram que a remuneração está baixa e que, por esse motivo, não cumpriam a carga horária e não realizavam um bom trabalho. Segundo eles:

(81) O que acontece é o seguinte, pela má remuneração que a gente tem, a gente acaba deixando o serviço público um pouco de lado e parte para o consultório, para ter uma renda. Esta é a realidade que ninguém quer falar aqui. (17SB1.36)

Na etapa quantitativa, obtiveram-se os seguintes resultados para remuneração (Tabela 12) e jornada de trabalho (Tabela 13): em relação ao valor da remuneração mensal bruta, entre os CD, a faixa salarial predominante foi “>2 - 4” salários mínimos (55,8%), enquanto que entre os TSB e ASB foi de “até 2 salários” em 88,5% e 100,0% destes profissionais, respectivamente conforme tabela 12.

Tabela 12 – Remuneração mensal bruta dos trabalhadores da Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica dos municípios de pequeno porte das 16^a, 17^a e 18^a Regionais de Saúde, estado do Paraná, 2010.

Categoria profissional	Remuneração mensal bruta								Total	
	Até 2		>2 a 4		>4 a 6		> 6			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CD	17	22,1	43	55,8	14	18,2	3	3,9	77	100,0
TSB	23	88,5	2	7,7	1	3,8	-	-	26	100,0
ASB	57	100,0	-	-	-	-	-	-	57	100,0
Total	97	60,6	45	28,1	15	9,4	3	1,9	160*	100,0

* O resultado não corresponde ao total de 178 entrevistados, pois 18 participantes não informaram remuneração

Entre os CD, praticamente a metade referiu contratos de até 20 horas e a outra parte, de >20 a 40 horas semanais. Por outro lado, com relação à carga horária cumprida na UBS, 48 (57,8%) referiram até 20 horas e 35 (42,2%) referiram trabalhar >20 a 40 horas na UBS. Destaca-se que 65 (78,3%) dos CD atuavam na UBS em 100% do tempo para o qual estavam contratados, e 12 (14,5%) desses profis-

sionais cumpriam 50% ou menos de sua carga horária contratada. Nas atividades de técnico e auxiliar de saúde bucal, observou-se predominância de contratos de >20 a 40 horas semanais, e a maioria cumpria 100% das atividades contratadas na UBS (Tabela 13).

Embora, nos grupos focais, alguns profissionais afirmaram que trabalhavam as oito horas diárias, inclusive com controle, sendo que, em um dos municípios, havia relógio de ponto e era obrigatório o cumprimento das oito horas do PSF. O percentual encontrado na parte quantitativa pode estar subestimado, pois, em todas as regionais, os participantes dos grupos focais relataram que não cumpriam a carga horária de oito horas diárias:

(82) Isso aí eles colocaram com receio de perder o programa, então, vamos colocar, porque já informamos que nós estamos fazendo quarenta horas, mas, na realidade, não é nada disso. (16SB2.14)

Torna-se importante destacar que seus nomes constam no CNES com participantes do PSF.

(83) Está no CNES como 40 horas, está lá, desde o começo, reclamei já, falei para o prefeito, tem gente que está a equipe cadastrada pra vir recursos, mas a gente é concursado para essas horas, a gente ganha pra isso, como se diz "você não vai se dispor a trabalhar quarenta horas". (16SB2.24)

(84) No meu caso, eu sou concursada faz vinte anos e alguma coisa, e com vinte horas. Quando foi implantado o PSF, primeiro entrou uma colega concursada e assumiu, o segundo não tinha quem assumisse, e eu dei o meu nome para que o prefeito e a prefeitura pudesse usufruir de verba e aquelas coisas, mas o meu regime é de quatro horas originalmente. Então, eu não trabalho fora do consultório, mas por outro lado a gente faz o trabalho fora do consultório, através da THD e da ACD que a gente tem lá. (18SB1.9)

Tabela 13 – Caracterização da carga horária (CH) contratada e cumprida na UBS e em outros locais de acordo com a atividade profissional dos trabalhadores da Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica dos municípios de pequeno porte das 16^a, 17^a e 18^a Regionais de Saúde, estado do Paraná, 2010.

	CD (n=83)*		TSB (n=24)*		ASB (n=63)*	
	n	%	n	%	n	%
CH contratada						
≤ 20h	39	47,0	1	4,2	-	-
> 20 a 40h	44	53,0	23	95,8	62	98,4
> 40h	-	-	-	-	1	1,6
CH cumprida na UBS						
≤ 20h	48	57,8	1	4,2	3	4,8
> 20 a 40h	35	42,2	23	95,8	59	93,6
> 40h	-	-	-	-	1	1,6
% de cumprimento da CH contratada						
100%	65	78,3	21	87,5	58	92,0
< 100 a > 50%	6	7,2	3	12,5	2	3,2
≤ 50%	12	14,5	-	-	3	4,8
CH cumprida fora da UBS**						
Não tem outro vínculo	29	36,7	21	91,3	57	96,6
≥1 a 20h	30	38,0	2	8,7	-	-
> 20h	20	25,3	-	-	2	3,4

*Alguns profissionais não apresentaram essa informação (3 CD, 2 TSB e 3 ASB).

** Atuação em consultório particular, clínicas e outros, calculado com a carga horária total referida, menos a carga horária cumprida na UBS.

Souza e Roncalli (2007) também constataram, no Rio Grande do Norte, contradições em relação aos dados a respeito da jornada de trabalho contratada e da jornada de trabalho cumprida. Eles observaram que 80% dos CD tinham contrato de quarenta horas semanais de trabalho, e 40% desses não cumpriam a carga horária. Esses autores sugeriram que a questão salarial poderia estar interferindo no cumprimento da carga horária, tendo em vista que, de treze CD que não cumpriam a carga horária de quarenta horas semanais, sete ganhavam um salário menor ou igual a R\$ 1.800,00 (equivalente à três SM na época da pesquisa).

Em pesquisa qualitativa de Araújo e Dimenstein (2006), também no Rio Grande do Norte, observa-se que à medida que os profissionais iam respondendo às

questões, os relatos direcionavam ao não cumprimento da carga horária semanal de quarenta horas, que é exigida pelo Ministério da Saúde. O que aparecia nos relatos é que nenhum profissional cumpria essa carga horária, realizando, na maioria das vezes, quatro dias de trabalho e, em alguns casos, apenas um turno diário de atendimento.

O cumprimento da carga horária de quarenta horas para os profissionais das ESF sustenta-se na ideia de que essa é uma condição necessária para a criação de vínculos entre os membros da equipe e entre esses e a população. E, ainda, para melhor desenvolvimento do processo de trabalho das equipes, tanto do ponto de vista gerencial e organizacional, quanto assistencial (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006; SOUZA; RONCALLI, 2007).

No entanto, ao se considerar a carga de trabalho total, dois terços dos CD referiram trabalhar além do período em que estão na UBS, pois afirmaram que possuem mais de um vínculo.

Para a categoria dos CD, prevaleceu a característica de dois a três vínculos profissionais, correspondendo a 53 (61,7%) profissionais (Tabela 14). Sendo que, para a maioria desses, 43 (81%), o outro vínculo se refere ao consultório particular e, para 9 (17%), a outras prefeituras. Um profissional não declarou qual era o outro vínculo.

Tabela 14 – Número de vínculos empregatícios dos trabalhadores da Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica dos municípios de pequeno porte das 16^a, 17^a e 18^a Regionais de Saúde, estado do Paraná, 2010

Categoria profissional	Número de vínculos									
	1 vínculo		2 vínculos		3 vínculos		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CD	31	36,1	47	54,6	6	7,0	2	2,3	86	100,0
TSB	21	80,8	3	11,5	-	-	2	7,7	26	100,0
ASB	59	89,4	2	3,0	-	-	5	7,6	66	100,0
Total	111	62,4	52	29,2	6	3,4	9	5,0	178	100,0

Isso corrobora com a ideia anterior de que tais profissionais passam pouco tempo nos seus ambientes de trabalho e que não cumprem a carga horária estabe-

lecida. Aponta, ainda, para a falta de compromisso do profissional com seu trabalho e do controle do gestor sobre isso. Muitos desses profissionais encaram sua participação no PSF como uma atividade passageira, a qual não requer investimento do ponto de vista profissional (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006).

Frente à carência de profissionais e a dificuldade para a fixação desses nos municípios de pequeno porte, houve a necessidade do gestor fazer concessões. Em alguns locais, os CD negociaram com o gestor o atendimento de um número determinado de pacientes em uma carga horária reduzida, segundo relatos dos grupos focais:

(85) No município tem só um dentista e teve que fazer reunião com ele, pois não estava cumprindo horário. (17C2.6)

(86) Não, eu tenho consultório, eu tenho vida própria. Então eles falam "Vamos Flexibilizar o seu". Os outros cumpriam hora, recém-formado, que não tem consultório, então eu vou flexibilizar, atendo X por dia, eu vou menos dias e faço mais procedimentos. (18SB1.9)

(87) A doutora fulana de tal liga e fala com o nosso secretário de saúde "eu vou por esse salário, só que vou atender cinco e já posso ir embora atender no meu consultório". Em uma hora eu atendo cinco, Como vai funcionar o PFS se a pessoa não vai ficar lá as 4 horas. (16SB1.22)

(88) Porque um dentista não vai querer trabalhar por 1500 reais 8 horas. Então digamos por 4 horas ele tem oportunidade de ter consultório, um complemento e ganhar um salário. Então, mas imagina... tem município que ganha metade, não chega a 700,00 reais. (16SB2.9)

Segundo eles, os CD estão descontentes, pois houve uma defasagem muito grande ao longo dos anos. Os gestores não querem pagar o incentivo do PSF e, em alguns municípios, fizeram licitação por remuneração e contrataram CD que, praticamente, pagavam para trabalhar, pois precisavam recolher o INSS (referindo-se ao recolhimento de taxas para INSS - Instituto Nacional de Seguro Social), fato também relatado por Baldani *et al.* (2005). Ainda sobre isso, o excerto (89) indica:

(89) Não concordo com a distância de salário entre dentista e médico. É enorme. Eu não sei se é porque tem muito dentista [...], mas olha médico, tem um salário razoavelmente bom em vista do dentista. A gente atua, se chegou ali o paciente você tem que colocar a mão e resolver o problema e, médico, às vezes não acontece isso. Porque médico atende vinte pessoas e dentista atende quatro ou cinco. É simples, você chega aqui, olha vai embora, assim atende cinquenta. Então, essa diferença de salário, eu sei que o assunto não

é salário, mas essa diferença é enorme, isso tem que ser revisto. (16SB1.8)

Em pesquisa no Paraná, Baldani *et al.* relataram que, em 2002, 72,8% dos CD recebia de quatro a cinco vezes menos que médicos (2005). Diferenças salariais pronunciadas podem constituir fator desencadeante de conflitos na equipe (LOURENÇO *et al.*, 2009), no entanto a situação ainda não foi resolvida.

A isonomia salarial poderia ser uma estratégia para se obter maior êxito na atuação dos CD. Para Campos (2002), não há como fugir ao estabelecimento negociado de pisos mínimos histórica e socialmente definidos, sendo que a gestão de pessoas fica prejudicada quando as instituições não respeitam esses pisos e, ainda, acrescenta que negociar gratificações conforme o cumprimento de metas previamente negociadas tem se demonstrado alternativa capaz de alterar positivamente a subjetividade dos trabalhadores de saúde.

No entanto, o Projeto de Lei nº 3734/2008, que fixa o piso salarial de cirurgiões dentistas e médicos em R\$ 7 mil, por vinte horas semanais, já teve o texto aprovado pela Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público, mas aguarda, desde 2010, parecer da Comissão de Finanças e Tributação (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2012).

Portanto, é um processo lento de negociação que requer apoio de todos os profissionais e dos órgãos representativos da classe, como sindicatos e conselhos. Segundo Nogueira (2006), cada categoria profissional tem uma história peculiar de organização e luta sindical, que expressa suas aspirações no mercado de trabalho e traz reivindicações particulares para a gestão do SUS.

No entanto, os CD declararam que os profissionais somente reclamam e não se mobilizam, pois estão mais preocupados com o seu próprio consultório. Tal como pode ser lido em (90) e (91):

(90) O tempo inteiro, na odontologia, a gente fala sobre representatividade de classe, a gente não tem nem onde a gente trabalha, nem para exigir melhores condições de trabalho, muita vezes, a gente não tem união dentro do próprio serviço e, de repente, a gente está indicando um aumento salarial que precisa vir de uma esfera federal, agora, mesmo assim, se a gente não começar se unir, aqui, as formiguinhas aqui, a gente nunca vai conseguir, a gente vai sempre estar dando volta no mesmo problema. Eu vejo isto há sete anos. (17SB1.37)

(91) Quando você tem seu consultório, quando você tem outra função, você não consegue nem brigar por isso, você fala, não quer fazer, não quer pagar, então, eu vou pra casa e vou atender. (18SB1.26)

A constatação de que os CD não reivindicaram de forma direta melhores salários pode estar ligada ao fato de que conseguem negociar com o gestor uma carga horária pequena no serviço público, para atuarem nos seus consultórios particulares. Pode-se afirmar que, em geral, no setor privado, o ganho é maior. Segundo avaliação nacional, o PSF pagava a médicos e enfermeiros salários maiores que os do “mercado” em todas as regiões do país (76% em média a mais para médicos e 33% a mais para enfermeiros). No entanto, isso não ocorreu com relação aos CD, observou-se que o PSF remunerava menos que o segmento celetista do mercado para todas as regiões, com exceção do Nordeste (AGENTES..., 2002).

A esse respeito, vejamos o excerto (92):

(92) mas o que se paga para o dentista por aí... não sei em outro municípios, mas o que se paga lá, pelo menos no nosso município, para o dentista não é um salário que você pode ficar no centro de saúde oito horas. Aí, você cobre o pé e descobre a cabeça. Você vai lá para ganhar mil e poucos reais e deixa de ganhar no consultório. Uma ou duas dentaduras você ganha o que você ganha no mês, três dentaduras no consultório, o que você ganha num mês, você ganha. (18SB1.11)

Importante destacar que, na 17ª RS, o horário era mais cobrado e os profissionais atendiam um número maior de pacientes que nas outras regionais. Tal como relatado em (93):

(93) No meu caso assim seria dezesseis, mais emergências, inclusive, aumenta quando é a noite, mas sempre tem aquele que chega que tá com uma dor que você não vai só medicar, você vai olhar, vai ver o que que o paciente tem. (17SB1.41)

Os profissionais pesquisados acreditam que o PSF funcionaria se os CD ficassem oito horas, tivessem boa remuneração e o regime de trabalho fosse de dedicação exclusiva, pois, como a prioridade acaba sendo o consultório, esses não brigam pela qualidade do serviço. Acrescentaram que bons CD saíram da rede por causa do salário, manifestaram um grande descontentamento e disseram que essa é uma reclamação geral quando se reúnem.

Quanto às características da remuneração, observou-se que 173 (97,2%) dos profissionais recebiam seus salários em dia, 103 (57,9%) recebiam algum tipo de gratificação ou incentivo salarial e apenas 23 (13,0%) afirmaram que tinham PCCS (Tabela 15).

Tabela 15 – Características da remuneração mensal dos trabalhadores da Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica dos municípios de pequeno porte das 16^a, 17^a e 18^a Regionais de Saúde, estado do Paraná, 2010.

Categoria profissional	Características da remuneração									
	Não		Sim		Não sabe		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pontualidade do recebimento do salário										
CD	3	3,5	82	95,3	-	-	1	1,2	86	100,0
TSB	-	-	26	100,0	-	-	-	-	26	100,0
ASB	1	1,5	65	98,5	-	-	-	-	66	100,0
Total	4	2,2	173	97,2	-	-	1	0,6	178	100,0
Recebimento de incentivo salarial										
CD	39	45,3	41	47,7	1	1,2	5	5,8	86	100,0
TSB	8	30,8	18	60,2	-	-	-	-	26	100,0
ASB	19	28,8	44	66,7	1	1,5	2	3,0	66	100,0
Total	66	37,1	103	57,9	2	1,1	7	3,9	178	100,0
Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS)										
CD	64	75,3	9	10,6	7	8,2	5	5,9	85	100,0
TSB	15	57,7	9	34,6	2	7,7	-	-	26	100,0
ASB	52	78,8	5	7,6	4	6,0	5	7,6	66	100,0
Total	131	74,0	23	13,0	13	7,3	10	5,6	177*	100,0

* O resultado não corresponde ao total de 178 entrevistados, pois 1 participante não informou remuneração

Junqueira *et al.* (2011) afirmam que o PCCS requer maior empenho de todas as esferas de gestão para propiciar a execução do que foi pactuado, inclusive apoio financeiro e logístico. Para esses autores, um PCCS/SUS seria importante para estimular e incentivar os profissionais, tanto em aprimoramento pessoal como em

cumprimento de metas, o que poderia oferecer melhores condições de fixação em suas equipes.

Nas responsabilidades municipais na Gestão do Trabalho constantes do Pacto pela Saúde 2006 (BRASIL, 2006d), encontramos que todo município deve adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores da saúde na sua esfera de gestão e de serviços, provendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme a legislação vigente, e considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS-PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito da gestão local. Nesse sentido, aponta o relato seguinte:

(94) Faço a coordenação do PSF e responsável técnica pela Unidade Básica de Saúde. É, não tem formalizada a gerência. Não ganha-se por isso. É só coordena [risos], seja responsável, mas não tem no plano de carreira, o cargo não existe. Não existe nenhum plano (...). e o fato de não ter no plano de cargos e carreira do município, essa, que seja uma gratificação, que você ganhe por exemplo, que você faz, tenha responsabilidade, mas acaba não sendo compensada, isso não é muito bom... (17C2.3)

Torna-se importante destacar que compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal gerenciar as questões descritas neste capítulo. Para exemplificação, citam-se duas determinações da Política Nacional de Atenção Básica que, conforme apresentado, não estão sendo respeitadas (BRASIL, 2011a):

- XV - manter atualizado o cadastro no sistema de Cadastro Nacional vigente, dos profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão;
- XVI - assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõe as equipes de Atenção Básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no CNES e a modalidade de atenção.

O descumprimento de carga horária demonstra que os profissionais deixaram de compartilhar as normas expressas do ponto de vista ético, moral e político (CARVALHO, 2012). Carvalho (2012, p. 175), ao estudar conflitos presentes no cotidiano do trabalho, fez a seguinte declaração em relação ao “funcionário-problema”:

é mais comum que estes provoquem tensão ou conflito na relação com os outros trabalhadores da unidade (por não colaborarem nas atividades de trabalho da unidade, por se recusarem a desenvolver algumas atividades, ou pela má qualidade na execução do trabalho) e com a gerência (não há respeito pela autoridade gerencial – desrespeitam escalas de trabalho, descumprem o horário de trabalho e restringem-se a fazer o que querem). Porém, este tipo de conflito também envolve diretamente os usuários, tendo em vista o rompimento da contratualidade no que seria o núcleo da orientação do trabalho na atenção básica, que são as necessidades de saúde dos usuários.

Avaliação de desempenho

Os participantes da pesquisa declararam que o profissional tem que ser cobrado e essa cobrança tem que vir acompanhada por instrumentos de avaliação do desempenho.

(95) o SISPACTO veio para monitorar e para ajudar muito, acredito eu, nosso trabalho, porque a gente é cobrado, cobrado o tempo inteiro e tem que ser cobrado. (17SB1.10)

A pactuação de metas tem se apresentado como uma importante ferramenta de avaliação e já tem sido discutida em outras partes desta tese, mas o que chamou a atenção foi que os coordenadores utilizavam pouco essa ferramenta. Apenas 34 (37,7%) gerentes afirmaram que realizavam avaliação dos trabalhadores, no entanto, nos grupos focais, os profissionais declararam que acreditavam que a avaliação era algo positivo. Inclusive, o fato de ter metas a cumprir era visto pela equipe com um fator motivacional, como pode ser depreendido a partir do excerto (96):

(96) Elas (referindo-se às funcionárias da UBS) se empenham! Porque ela quer alcançar aquela meta. (18C1.24)

Avaliação de Desempenho é definida por Chiavenato (1999) como um processo que mede o desempenho do funcionário. Trata-se da identificação, mensuração e administração do desempenho humano nas organizações, cujo objetivo principal tem sido o de verificar o quanto o funcionário se adapta às demandas e exigências do trabalho e o quanto contribui para o alcance dos objetivos da organização.

Tendo em vista que a modernização da gestão no serviço público implica uma gestão por resultados, torna-se imperativa a avaliação do desempenho dos pro-

fissionais e inclusive com recomendações do próprio Conselho Nacional de Saúde para que, entre os princípios e diretrizes das Normas Operacionais Básicas de Recursos Humanos (NOB-RH), conste a valorização dos perfis profissionais generalistas e do trabalho em equipe, mediante PCCS com adicionais de desempenho e de resultados para a saúde da população (EM DEFESA..., 2002).

Para Campos (2002 p. 238):

Um serviço público de saúde que remunere de maneira idêntica ao desleixado e ao cuidadoso, ao dedicado e ao egoísta, ao produtivo e ao improdutivo, é um serviço que retransmite, todo o tempo, mensagem de teor claro: todos terão igual remuneração porque a ninguém interessa o resultado de trabalhos tão distintos e heterogêneos, isto é, não valeria a pena esforçar-se. Por outro lado, pagar por produção fala e estimula a todos a produzirem atos por si mesmo, sem necessária conexão com o objetivo final do serviço.

Campos (2002), ainda aponta que, para que se encontre esse equilíbrio e para que a remuneração de desempenho se diferencie do espírito da gestão da qualidade total, sugere-se que os indicadores sejam construídos dentro das regras da gestão participativa com realização de contratos de gestão entre trabalhadores, dirigentes e representantes dos usuários, ressaltando a complexidade de se operacionalizar isso.

Entretanto, não se pode deixar de discutir esse tema, pois, segundo Vasconcelos (2001), a ferramenta mais voltada aos interesses pessoais de executivos foi “Remuneração por desempenho”, concluindo, que, de modo geral, em termos de incentivo e bem-estar do trabalhador, o foco foi eminentemente pecuniário. O autor considerou esse resultado um paradoxo, uma vez que programas de “Qualidade de vida” no trabalho vão muito além da obtenção de um bom salário. A fala que segue expressa o posicionamento dos profissionais das regionais pesquisadas:

(97) Eu não vejo que seja tão grande assim questão de salário, eu acho que não é tanto, não. Mas, as pessoas são comprometidas, eu tive muitos agentes que foram formados lá, fizeram cursos de auxiliar, estão fazendo técnico de enfermagem, então, eles têm procurado estar estudando e sempre colaboram muito. Eu tenho impressão de que a gente leva a sério a profissão (...) muitos são concursados... são moradores. (17C2.24)

Ou seja, a questão da valorização profissional pode estar ligada ao fato de terem oportunidade de crescimento na profissão e serem moradores do município, o que está relacionado a algo maior que seria o desenvolvimento de sua região.

5.3.2.2. As características da gestão do processo de trabalho

Para os participantes da pesquisa, a conquista maior de um gestor está em ter o respeito e o comprometimento da equipe na realização do processo de trabalho, o que nem sempre acontece de forma espontânea. Segundo eles, é necessário exercer a liderança e também a diplomacia, o que denominaram de “jogo de cintura”. Outra estratégia mencionada foi a implantação de rotinas e protocolos.

Essas duas estratégias apontadas estão de acordo com que Mandelli e Fekete (1997) consideraram como instrumentos de gerência a liderança, exercida por meio da persuasão, da cooperação, da imposição, da participação ou de outras formas de coexistir e dirigir; e o desenho e a aplicação de certa ‘disciplina de desempenho’ (normas, regulamentos e rotinas) que orientem o funcionamento do sistema e de suas estruturas e componentes.

Quanto à liderança, os coordenadores acreditam que uma coordenação autoritária dificultaria o comprometimento dos profissionais, pois os funcionários precisam respeitar o gestor e não ter medo dele. Sendo assim, uma das estratégias utilizadas por alguns coordenadores para conseguir o comprometimento foi oportunizar a participação de todos os trabalhadores nas decisões, por meio de reuniões com a equipe ou com conversas individuais. Outras formas de negociações citadas foram: a mudança de função de acordo com o que preferiam trabalhar (no caso da odontologia, refere-se à preferência em atender adulto ou criança); solicitação de atividades por escrito; utilizar argumentações científicas nas discussões; e, em última instância, utilizavam o sistema de leis como respaldo para as discussões.

A maioria dos coordenadores, 77 (85,6%), realizava reuniões com a equipe do PSF e, desses, 68 (88,3%) declararam que todos os trabalhadores da unidade de saúde participavam dessas reuniões. Inclusive, 49 (54,4%) coordenadores realizavam ações de EPS com os trabalhadores e, entre esses, um declarou abordar assunto sobre Saúde Bucal (Tabela 16).

Tabela 16 – Instrumentos de gestão de processos utilizados pelos gerentes de unidades básicas de saúde dos municípios de pequeno porte das 16^a, 17^a e 18^a Regionais de Saúde, estado do Paraná, 2010.

Instrumentos de gestão de processos	16 ^a	17 ^a	18 ^a	n	%
Realização de reunião com a equipe	24	34	19	77	85,6
Realização de educação permanente com os trabalhadores	16	21	12	49	54,4
Planejamento das ações	20	25	21	66	73,3
Realização de avaliação das ações e serviços	15	23	17	55	61,1
Discussão com os trabalhadores das metas e indicadores	12	26	20	58	64,5

Fonte: (NUNES, CARVALHO, SANTINI, 2012).

Ao se analisar a descrição das atividades desenvolvidas, verificou-se que a maioria delas se caracterizou como atualização clínica de agravos, ou seja, aproxima-se mais de práticas da educação continuada do que da educação permanente (NUNES; CARVALHO; SANTINI, 2012).

O gerente deve conduzir os trabalhadores na direção dos objetivos do serviço e da finalidade dos processos de trabalho que compõem determinada rede de ações. Entende-se que a diferença reside na abordagem argumentativa e crítica que o gerente adota e promove junto aos trabalhadores e às equipes inseridas no serviço (PEDUZZI, 2007).

Existe uma diferença entre liderar pessoas desinformadas, quando a gerência pode ser feita de forma vertical e estruturada no comando e controle, enquanto que, liderança sobre informados, para se alcançar os resultados esperados, precisa ser exercida com persuasão, envolvendo ou consultando os que têm alguma participação no processo decisório (OSBORNE; GAEBLER, 1992). Vejamos o excerto (98):

(98) eu já tenho uma ideia na minha cabeça, mas a gente se reúne e vai todo mundo eu gosto muito de ouvir a opinião dos funcionários eu falo, ó, a gente tem que, por exemplo, vacinar tantas pessoas o que vocês acham? Nós vamos de casa em casa, vamos na praça? cada um dá a sua opinião, se sentem importantes, é meio que dessa forma. (18C1.13)

Para Merhy (1999), a tensão entre autonomia e controle constitui-se em um problema para as intervenções que ambicionam governar a produção de um modelo tecno-assistencial. Nesse sentido, os serviços de saúde devem se apoiar em processos gerenciais autogestores, publicamente balizados, a partir de contratos globais, centrados em resultados e na lógica dos usuários, e dirigidos colegiadamente pelo conjunto dos seus trabalhadores, articulados a uma rede de serviços de saúde, regulada pelo Estado e implicados com a produção do cuidado de modo centrado no usuário.

Ou seja, operar a gestão cotidiana de modo partilhado, pautado na resolução de problemas, servindo esses como um dispositivo por meio do qual é possível explorar o protagonismo do coletivo de trabalhadores em situação e as suas capacidades de negociar e pactuar contratos "públicos" (MERHY, 1999). Nesse sentido, a proposta da EPS se fortalece.

No entanto, persiste uma grande dificuldade de integração da equipe, tanto entre os profissionais da ESB quanto entre os do PSF, com pouca participação de todos os membros, principalmente, CD e médicos, nos espaços de decisões, como reuniões com a equipe, por exemplo. Vejamos os excertos que seguem, em que os participantes evidenciam esse conflito:

(99) A gente já tentou deixar marcado, mas no dia a dia, até por a gente ser responsável por um monte de coisa, acaba não dando certo (...) E acaba acontecendo mais a orientação dia a dia mesmo, que eu, pelo menos, gosto de supervisionar, bem de perto, então, vou orientando, individual. (16C1.32)

(100) como é muito corrido, a gente acaba é não tendo tempo, ou a gente não consegue, na verdade, arrumar tempo para sentar com a equipe, para estar conversando e resolver problemas no dia a dia, aparece o problema a gente pega e já resolve. (18C1.4)

Esse resultado é coerente com pesquisa realizada em Pernambuco, visto que 35,9% das ESB, por essa investigadas, não participaram de reunião com a coordenação da UBS nos últimos três meses pesquisados, e 18,9% estiveram em apenas uma reunião (PIMENTEL et al., 2012).

Um coordenador apontou a estratégia de se fazer um churrasco para conseguir reunir o pessoal, no entanto, no dia a dia, em todas as regionais os coordenadores preferiram conversar individualmente, ou, por categoria profissional. Isso se deve ao fato de que, segundo eles, essas reuniões causarem muito conflito, uma vez que

os CD só reclamavam do salário baixo. O excerto (101) que segue corrobora com essa análise:

(101) Quando se faz reunião com todo mundo, só dá reivindicação salarial. Gente, você não consegue sair disso. Eu até tentei no começo, vamos reunir todo mundo, saber o que todo mundo está pensando, mas todo mundo pensa na reivindicação, então eu parei com esse negócio, eu vou individualmente porque eu acho que rende mais. (16SB1.12)

Essas reuniões são vistas, pelo gestor e por alguns profissionais, como uma perda de tempo, pois, enquanto se reúnem, não estão atendendo a demanda, o que causa reclamação da população e cobranças por produtividade. Um participante questionou se não era falta de hábito, pois o CD não se incomodava em ficar de fora das reuniões e, conseqüentemente, à parte das equipes de trabalho.

A criação e o desenvolvimento de equipes de trabalho têm exigido grande esforço porque a formação dos profissionais que estão atuando nas organizações contemporâneas sempre focalizou as responsabilidades e os desempenhos individuais, na escola, não aprenderam a trabalhar em equipe. Vive-se um momento de transição em que o trabalho isolado ainda é muito valorizado por quem o executa e, por outro lado, sabe-se que, dificilmente, alguém consegue dominar todo o conhecimento da sua área, por mais estudioso que seja. Entretanto, tal domínio é possível em equipe (TONETTO et al., 2009).

A complexidade que caracteriza o mundo atual, em particular o mundo do trabalho, fez emergir o conceito de rede. Nenhuma rede nasce pronta, ela aprende e se desenvolve continuamente (TONETTO et al., 2009) e, para que isso aconteça, tem que haver interação entre os membros, caso contrário, não poderia ser classificado como equipe (Equipe Saúde Bucal ou Equipe Saúde da Família).

Nesse sentido, os pesquisados, apesar de não conseguirem se reunir, declararam que reconhecem que as reuniões são importantes para se ter integração, pois é um momento que privilegia a comunicação. Tendo em vista que o sistema de comunicação é vital para a interação entre os membros da equipe de trabalho, para o processamento das funções administrativas internas e para o relacionamento da organização com o meio externo. Torna-se necessária a criação de ambientes organizacionais flexíveis, mutáveis, ágeis e dinâmicos, dispostos e prontos para o desenvolvimento de novos processos, sejam eles em arquitetura, tecnologia ou recursos

humanos. As finalidades básicas da comunicação são: entender o mundo, relacionar-se com os outros e transformar a si mesmo e à realidade (TONETTO et al., 2009).

Na investigação sobre o trabalho em equipe multiprofissional, pela perspectiva do processo de trabalho em saúde, destaca-se a comunicação entre os profissionais, sobretudo por constituir o substrato e o veículo por meio do qual se articulam as ações e interagem os agentes, sendo esses elementos imprescindíveis para a integração das equipes de trabalho (PEDUZZI, 2007).

Assim sendo, se não há comunicação, também existe a ausência de planejamento. E isso pode ser observado claramente nesta pesquisa, em que, apesar de 66 (73,3%) dos coordenadores de UBS tenham declarado que realizam planejamento com a equipe (Tabela 16), constatou-se, nos grupos focais, que a ESB tinha pouca influência no planejamento das atividades da UBS, sendo procurados pelos coordenadores apenas para realização de palestras nos grupos prioritários. Esporadicamente, faziam um projeto de intervenção e apresentavam para os gestores que dependendo dos seus interesses políticos apoiavam ou não.

Segundo Peduzzi (2007), alcançar alguma eficácia na comunicação entre os profissionais é o denominador comum do trabalho em equipe. Isso proporciona articulação das ações e dos profissionais, a construção de um projeto comum, a definição de objetivos comuns de trabalho e a responsabilização profissional e da equipe pelos usuários/população do território (PEDUZZI, 2007).

Diante dessa constatação de Peduzzi (2007), pode-se fazer o seguinte questionamento: como se efetivar a prática da comunicação com alguns profissionais que não estão ficando na UBS, não estão satisfeitos com os salários e declaradamente fingem que trabalham?

Quanto ao protocolo, esse foi apontado como uma importante ferramenta de organização. Alguns funcionários reclamaram de se ter uma rotina, mas, segundo os participantes, por meio da aplicação desses, o serviço se torna padronizado e, conseqüentemente, mais justo. Cabe salientar que um total de 57 (80,3%) coordenadores respondeu à questão sobre protocolo ou manual de rotinas, sendo que, desses, 31 (54,4%) afirmaram que utilizavam esse recurso para organização do serviço.

No caso da equipe saúde bucal, o protocolo torna-se um instrumento que pode levar a integração, uma vez que todos os profissionais do grupo podem com-

preender as ações que são possíveis de serem realizadas pela equipe de saúde bucal. O excerto (102) ilustra essa relação:

(102) a gente que é enfermeira não entende nada de odonto... Então, a gente não tem nem como se intrometer, porque eu vou falar o quê? Que dá pra eles fazer isso ou aquilo num domicílio, se a gente não sabe como funciona, no protocolo tem tudo. (17C2.10)

O Decreto nº 7508 GM/MS, de 28 de junho de 2011, determina a utilização de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Trata-se de documento que estabelece: (i) critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; (ii) o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; (iii) as posologias recomendadas; (iv) os mecanismos de controle clínico; e (v) o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS (BRASIL, 2011b).

Um dos objetivos de uma organização é a formalização máxima, em uma tentativa constante de se evitarem surpresas, do que se conclui a necessidade de uma estrutura organizacional e de se definirem regras formalmente. Deve-se questionar não a existência de controles ou de estrutura organizacional, pois esses são necessários a uma organização; mas, sim, o modo como se utiliza desses mecanismos, que, em determinadas situações, acabam por prender a criatividade e a singularidade do indivíduo (SIQUEIRA, 2009).

Protocolos desenvolvidos coletivamente podem ser considerados como uma pactuação das ações a serem realizadas no serviço. Trata-se de um documento em que a atribuição da cada profissional é compartilhada e pode ser cobrada pelo gestor. Segundo D'Amour (2008), a colaboração é influenciada muito mais pelo consenso que emerge em torno dos mecanismos de formalização das regras que são implantadas do que pelo grau de formalização.

Outro instrumento de gestão que tem sido utilizado nos municípios de pequeno porte é a avaliação, sendo que 55 (61,1%) coordenadores de UBS referiram realizar avaliação conforme a tabela 16. Os profissionais alegaram que só ocorriam melhorias no serviço, quando existia reclamação por parte da população. Segundo eles, quando não há reclamação, está bom para o gestor.

(103) É feito um relatório que é enviado para a regional, mas o prefeito lê todo final de mês no rádio. Então, esse que é o controle, o grito do pessoal. (16SB2.14)

Em relação à avaliação, incluindo a satisfação dos usuários, não existia um instrumento de verificação e, quando questionados sobre isso, relataram que tal procedimento acontecia, exclusivamente, por meio do contato com o paciente atendido, ou seja, não existia uma sistematização dessa prática (OHIRA, 2012).

(104) Como a cidade é pequena, a população tem acesso ao prefeito. Não sei na cidade de vocês, então, a população reclama com o prefeito, secretário da saúde, para nós mesmos. (17C1.5)

Uma importante ferramenta de avaliação poderia ser os indicadores pactuados, no entanto, os profissionais se queixaram de que não participavam da pactuação, não recebiam *feedback* da regional e não existia uma padronização das informações. Além disso, para alguns deles, os indicadores pactuados não refletiam o trabalho que estava sendo realizado, levando a crer que os indicadores para saúde bucal não eram confiáveis.

(105) Extração de um dente é uma coisa, de raiz residual é outra. Hoje, nem conta como raiz residual, conta extração, chega lá uma raiz, uma periodontia avançada, acaba entrando tudo no mesmo pacote. Eu acho que não tem um índice odontológico que realmente reflète o seu trabalho, a não ser um levantamento epidemiológico mesmo. (17SB1.39)

Dos noventa coordenadores de UBS que participaram da pesquisa, 58 (64,4%) declararam que discutiam as metas pactuadas com a equipe (Tabela 16) e, nos grupos focais, realizados com membros da ESB, alguns profissionais não sabiam do que se tratava a pactuação. Isso parece muito grave, uma vez que se espera uma gestão dos serviços de saúde orientada por resultados.

Em relação aos indicadores pactuados para a gestão da Atenção Básica, torna-se importante destacar que, em uma matriz de 31 indicadores, somente dois deles se referem à saúde bucal: “Média de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada” e “Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal” (BRASIL, 2012c).

Quanto ao primeiro indicador, já foi discutido anteriormente que, apesar de sua importância, esse não consegue avaliar, ou mesmo induzir, uma prática de Promoção de Saúde. Já o segundo indicador, a princípio, utilizava no numerador ESB da Estratégia Saúde da Família implantadas multiplicadas por 3.450 pessoas

(BORDIN; FADEL, 2012). Atualmente, utiliza a soma da carga horária dos cirurgiões-CD, dividido por quarenta multiplicado por 3.000 pessoas (BRASIL, 2012c). Com isso, o dado deveria se tornar mais preciso, no entanto, não refletirá a realidade dos municípios pesquisados, uma vez, que em sua fórmula de cálculo passou a utilizar a carga horária do CD, que não é cumprida em nenhuma das regionais pesquisadas, com exceção de alguns poucos municípios.

Pode-se afirmar que a avaliação das ações e dos serviços de saúde pesquisados tinha apenas um caráter normativo, os gerentes a realizavam para dar respostas à pactuação do município junto à União (OHIRA, 2012), mas não como ferramenta de planejamento, monitoramento e, tão pouco, de avaliação.

Souza e Roncalli (2007) também constataram que a avaliação das ações em saúde bucal era realizada por 84,2% dos gestores e que utilizavam o pacto da Atenção Básica para esse fim. A maioria dos CD (72%) nunca realizou avaliação. Diante disso, afirmaram que avaliações das ações são realizadas principalmente pelos gestores, ou seja, ainda está muito restrita aos setores administrativos dos municípios, o que não seria problemático, se a gerência compartilhasse suas análises, resultados e possibilidades de mudanças com os profissionais que trabalham na ponta do serviço. Além disso, as fontes utilizadas para avaliação, tanto pelos gestores, como pelos CD, pareciam frágeis e precárias.

A pactuação é uma forma de se estabelecer prioridade e se cumprir metas. Os profissionais acreditam que a avaliação e a cobrança pelo cumprimento das metas são desejáveis como ferramenta para se executar um trabalho planejado e se motivarem, uma vez que os resultados aparecem.

Os participantes da pesquisa declararam que alguns prefeitos liam o relatório na rádio, mas nem sempre discutiam os resultados com a equipe. Eles acreditavam que a participação na pactuação poderia gerar em todos os profissionais mais responsabilização e fazer o funcionário se sentir mais útil. Vejamos o excerto 106, em que essa relação fica evidenciada:

(106) Eu acho, até, que o funcionário acaba se sentindo útil em alguma coisa e, aí, ele busca mais conhecimento. Porque, de repente, e a pessoa se sente tão desmotivada e vai empurrando com a barriga, ou do jeito que está, ninguém é cobrado nada, não faz parte de nada. (16C1.31)

Nessa perspectiva, os participantes relataram que desejavam conhecer os resultados de seu trabalho, e o fato de não receberem o *feedback* da regional os deixava frustrados. Segundo eles, raramente, a informação coletada era utilizada pelo secretário de saúde ou pelo prefeito para o planejamento, quem mais buscava essa informação era o dentista ou o enfermeiro.

O fato de a pactuação ser algo institucionalizado é um avanço, porque, mesmo com os problemas citados acima, em todos os municípios eram feitos os relatórios, alguns com dados sobre a produção realizados de maneira mais sistematizada, outros, anotando somente na ficha clínica, mas todos enviavam os dados para regional, ou direto para o ministério da saúde, produzindo informações que são úteis para o planejamento das políticas de saúde. Nesses relatórios, constavam, além dos dados para os indicadores pactuados, informações sobre produtividade, conforme o exposto em sequência:

(107) Tenho vontade de saber a realidade do meu município, o que que eu estou fazendo de mais. Então, todo mês, eu tenho o arquivo todo, eu fico olhando o meu relatório, o que que eu estou fazendo, o que está acontecendo. Todo final de mês, eu fico avaliando a minha área de abrangência, se eu estou sendo resolutiva. Se eu não estou. Com o passar do tempo você já sabe se aquilo aumentou, se diminuiu. (17SB1.41)

Uma importante constatação foi que a pactuação, se realizada de maneira mais sistematizada, poderia se tornar um importante elo entre regional, secretário de saúde e UBS, sendo uma ferramenta de construção coletiva. Os participantes da pesquisa declararam que os profissionais cobravam maior atuação do dentista na área da prevenção e isso tinha um efeito positivo sobre os gestores, pois esses passavam a valorizar essa atividade.

Apontaram a Avaliação para a Melhoria de Qualidade (AMQ) como importante estratégia de avaliação, mas à qual não deram continuidade. Eles informaram que a utilizaram, porque aprenderam na especialização e, como tarefa do curso, organizaram os prontuários da UBS. Vejamos o trecho em que é possível depreender esses relatos:

(108) faz até uns anos, a experiência legal, mas foi só pontual, porque nós usamos a AMQ na especialização em saúde da família e, assim, foi feita uma oficina muitos alunos desenvolveram [...] mas não foi dada continuidade, até fizeram o primeiro módulo, a regional não puxou, os municípios também não puxaram e ficou ali. Mas, é

muito legal, bacana um caderno do gestor, até hoje eu não recebi de volta. (16SB2.26)

Com isso, torna-se importante destacar que as capacitações podem se constituir uma importante ferramenta de gestão. Isso devido ao fato de se ter observado que, mesmo sendo uma ação pontual, a AMQ promoveu uma organização do processo de trabalho com importante consequência para o serviço, tendo em vista que prontuários organizados passaram a ser fontes de dados para pesquisas subsidiando assim o planejamento.

A gerência comunicativa que busca construir, junto aos trabalhadores, equipes e usuários, uma prática de atenção à saúde baseada em consensos, deve se basear em processos de negociação. Sobretudo nos serviços da administração pública entendida como uma arena de interesses variados de atores em disputa por uma dada hegemonia, é preciso aprimorar a comunicação interna pautada na negociação como meio para a construção de pactos normativos capazes de garantir a coesão dos vários segmentos e grupos profissionais envolvidos no trabalho (PEDUZZI, 2007).

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia, para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho. Nesse sentido, a educação permanente, além de sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante "estratégia de gestão", com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próxima dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá "no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho" (BRASIL, 2011a).

Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 57) acreditam que com a "gestão colegiada como uma roda, os parceiros criam possibilidades à realidade, recriam a realidade e/ou inventam realidades segundo a ética da vida que se anuncia nas bases em que são geradas".

Outro resultado que será destacado nesta discussão é que, quando questionados sobre qual o modelo de gestão que era praticado nos municípios de pequeno

porte ou quais as principais ferramentas de gestão que utilizavam, alguns profissionais não souberam responder de forma direta. Na maioria das vezes, remetiam a questões de ordem clínica, como, por exemplo, a ferramenta que utilizo são “macromodelos” (modelos de arcada dentária para ensinarem escovação).

Em determinados momentos, desviaram o assunto e abordaram a questão da remuneração, da jornada de trabalho, e da insatisfação de exercer a função, tal como ocorreu na fala que segue:

(109) Se você fizer uma roda de dentista, nas vinte rodas que você fizer as vinte rodas vão dizer “eu ganho pouco, eu não vou me matar”. (18SB1.12)

Observou-se que os temas essenciais, como o processo de gestão, a construção conjunta da finalidade, a negociação dos projetos individuais e a construção de projetos coletivos não são discutidos na roda dos CD (FORTUNA et al., 2002).

Fortuna et al. (2002) expressam muito bem o que tem acontecido com os trabalhadores da saúde bucal:

O trabalhador não se reconhece como autor do seu próprio trabalho, que ganha proporções de fardo, em virtude da repetição, da desvalorização e da falta de reconhecimento. (FORTUNA et al., 2002, p. 279)

Para esses autores, cada trabalhador assume a sua posição no processo de trabalho, cada um fazendo uma parte, mas, perdendo a dimensão do todo. Cada um brigando e buscando autonomia e autogoverno. E, por isso, ficam sujeitos aos trabalhadores que pensam e planejam o trabalho no nível central, que, muitas vezes, encontram-se em outro ambiente de trabalho, em outro espaço-tempo.

5.4. Desafio da implantação/implementação da Política Nacional de Saúde Bucal

Os participantes do grupo focal declararam que persiste uma grande dificuldade de se gerenciar o sistema de saúde e o maior desafio está em se mudar a lógica do modelo de saúde que, atualmente, é pautada pelo modelo biomédico, mas que, nos textos ministeriais apresenta-se uma norma que constrói um modelo oposto a essa lógica. Trata-se de uma proposta radical de mudança que depende de diversos atores. Apesar de uma visão pessimista, a fala abaixo expressa essa percepção:

(110) A gente não consegue tocar o sistema, então, na verdade, eu digo, assim, na saúde está tudo errado, está tudo errado para mim, assim, teria que passar uma borracha, apagar e a gente começar de novo: “Olha vai funcionar dessa forma! Tem que ser desse jeito!” Senão, não vai melhorar, eu só tenho isso crítico e isso é praticamente impossível fazer. Por quê? Porque o gestor, a administração, a política, os politikeiros não deixam. (18C2.42)

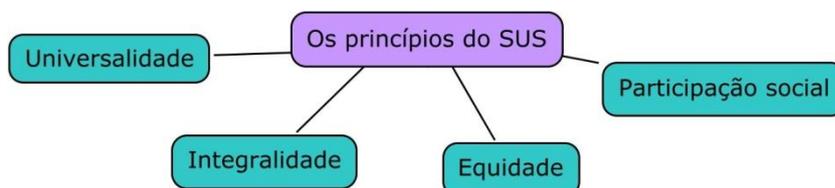
Diante da análise feita anteriormente da organização do processo de trabalho nas três regionais pesquisadas, pode-se afirmar que persiste a dificuldade de se romper com o discurso e se efetivar a implantação das ações de saúde bucal, conforme se estabelece nos documentos oficiais.

Quanto à implantação da Política Nacional de Saúde Bucal é preciso considerar que existem duas condições importantes para o sucesso de um plano: a clareza e o rigor com que é elaborado, e a competência da sua gestão (CECÍLIO, 2002). Quando um plano é elaborado, os planejadores procuram explicitar os objetivos de forma a se ter clareza de quais ações deverão ser realizadas. No caso dessa política, os objetivos estão diretamente ligados aos princípios do SUS, expressos também no documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” (BARTOLE, 2006; BRASIL, 2004a; COSTA, S. et al., 2012) e na Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a).

Em relação à gestão, é exercida por três esferas de governo (federal, estadual e municipal). Além disso, neste trabalho destacou-se quatro atores principais na gestão do processo de trabalho (coordenador ESB, coordenador UBS, prefeito/secretário de saúde e RS), juntamente com todos os outros profissionais que atuam no serviço e que também exercem certa governabilidade nas ações de saúde, o que retrata o desafio de se implantar tal política.

5.4.1. Os princípios do SUS

Figura 12 – Mapa conceitual da subcategoria analítica “Os princípios de SUS”.



Para os profissionais da ESB, a inserção da odontologia no PSF trouxe valorização para a profissão. Foi relatado que a odontologia está se sobressaindo, que está evoluindo na parte prática e está buscando uma adequação. Para eles, a estratégia Saúde da Família foi a forma de se iniciar o cumprimento dos princípios do SUS, estabelecer um vínculo com a população, saindo das quatro paredes do consultório, e estimular o trabalho em equipe. Isso é possível de ser lido em:

(111) a descentralização foi muito bom, a universalização. Até eu acredito que com as estratégias, agora nós estamos começando a cumprir os princípios do SUS. (...) eu acredito por tudo que eu já passei desde a época do INPS, desculpa, mas a realidade, hoje, é outra. (17SB1.10)

A principal conquista obtida com a inserção da odontologia no PSF foi a universalização do atendimento, uma vez que os modelos de atenção adotados pela odontologia, até então, eram excludentes. A Política Nacional de Saúde Bucal apresenta coerência teórica com as propostas do sistema nacional de saúde (BARTOLE, 2006; BRASIL, 2004a; COSTA, S. et al., 2012). Com sua implantação, por meio da inserção de ESB no PSF, a atenção à saúde bucal passou a ser oferecida universalmente. Entretanto, no contexto brasileiro, ainda persiste o desafio de se equacionar as desigualdades sociais e garantir a integralidade e a equidade da atenção em saúde bucal (COSTA, S. et al., 2012).

No que tange à integralidade, para que a Política Nacional de Saúde Bucal possa aproximar o texto de suas diretrizes das necessidades dos brasileiros, traduzindo-se em ações concretas, não poderá ficar restrita somente ao Programa Saúde da Família, ao plano da Atenção Básica, ou aos CEO, na atenção secundária. Ela terá, necessariamente, de ir além e operar, concomitantemente, no âmbito das mi-

cropolíticas e no das macropolíticas. Assim, produzindo transformações tanto nos serviços de saúde, nas relações que, concretamente, estabelecem-se entre profissionais de saúde e usuários do SUS quanto nas políticas públicas nas três esferas de governo. Concretizar isso é o principal desafio estratégico posto a essa política pública, cujos maiores riscos são, de um lado a redução e, de outro, descontinuidade do financiamento (FRAZÃO; NARVAI, 2009).

Ao se analisarem os grupos focais, observou-se que o conceito de integralidade não emergiu nas discussões, inclusive a palavra integralidade não foi mencionada nenhuma vez nos discursos. A partir disso, pode-se observar que a odontologia se mantém em uma posição marginal em relação ao campo da saúde (BARTOLE, 2006), os conceitos expressos em tal política ainda carecem de apropriação dos profissionais da área.

Roncalli (2000) ressalta que tanto os modelos Incremental e da Atenção Precoce como a implantação do PSF foram uma conquista da odontologia, e suas inserções nos modelos assistenciais de saúde bucal foram uma estratégia fundamental para a prevenção das doenças e representa a incorporação de um novo entendimento na abordagem das doenças bucais, numa perspectiva de promoção de saúde. Entretanto, a implementação desse tipo de prática dentro dos serviços deveria obedecer à lógica da integralidade das ações, da universalidade no acesso aos serviços e da equidade. A disseminação de uma técnica preventiva apenas, dirigida a uma população restrita, sem se constituir numa estratégia componente de um todo que envolva toda a população a ser assistida, corre o risco de gerar modelos excluídos, pouco resolutivos e ineficientes, que, apenas, refletem as deficiências históricas dos municípios brasileiros em resolver seus problemas de assistência à saúde bucal, preferindo modelos prontos e implantados acriticamente.

As ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde bucal são consideradas necessidades essenciais, pois integram o direito à saúde. Igualmente, não podem ser concretizadas individualmente, por dependerem de um conjunto de ações (COSTA, S. et al., 2012). Conforme o texto das diretrizes, deve-se qualificar a oferta dos serviços prestados, aumentando o impacto e a cobertura dos serviços e adotando os princípios da equidade (BRASIL, 2004a; COSTA, S. et al., 2012).

O cumprimento da integralidade, em um sistema universal, e para que seja equânime, requer das equipes de saúde bucal o conhecimento da realidade da sua

comunidade local, do que se conclui, a necessidade de se organizarem as ações, valendo-se de estratégias de programação que utilizem critérios para a priorização da população mais necessitada. Quando os serviços conseguirem se apropriar dessa tecnologia e compartilharem com a comunidade suas prioridades, todos se beneficiarão, pondo-se em prática dois princípios do SUS, a equidade e o controle social (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Os resultados apontam que, em nenhum município pesquisado, havia a aplicação do conceito de critérios de risco para o encaminhamento ao atendimento clínico na UBS ou no CEO. Ainda persiste a priorização de gestantes e população infantojuvenil nos modelos da Atenção Precoce e Atendimento a Escolares, com alguns municípios incluindo, na oferta programática, os grupos de hipertensos e idosos.

Para esses grupos, os profissionais informaram que ofereciam o TC, no entanto, para os adultos, apenas o atendimento de livre demanda. Ou seja, não ofereciam um atendimento integral, pois, se a pessoa quisesse concluir o atendimento, precisaria retornar sempre na fila de emergência. Isso é agravado pelo fato de o paciente também querer que se resolva somente a queixa principal, conforme foi citado anteriormente. Outro problema que gera a falta de integralidade é a dificuldade para encaminhamento para o CEO, que fica distante do município e oferece poucas vagas. Além disso, os profissionais pesquisados informaram que realizam ações de promoção da saúde e prevenção de maneira esporádica.

Observou-se que os profissionais que ingressaram e os que já atuavam no serviço de saúde conheciam o programa, e, no início, motivaram-se e estavam dispostos a praticar as normas da organização, mas, no entanto, ao se depararem com a realidade, não conseguiram atuar conforme tais normas.

(112) Na verdade a gente sabe que a estratégia saúde da família é uma prevenção, é a promoção, mas, infelizmente, [...] nesse programa, a gente vai recebendo todos (os programas), mas não vai executando nenhum. (17C2.21)

Esse resultado está de acordo com avaliação, realizada em Alagoinhas (BA) em 2005, em que os autores afirmaram que, na prática, os CD não conseguiam atuar conforme as normas e diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal no PSF. E que isso se deveu ao fato de ao dentista ser atribuída a responsabilidade de assegurar a integralidade do tratamento no âmbito da Atenção Básica para a população

adscrita, sem considerar questões que extrapolam o âmbito da equipe, como, por exemplo, a grande demanda reprimida, caracterizando um descompasso entre o legal e o real (REDRIGUES; ASSIS, 2005).

Segundo Vasconcelos, Mascarenhas e Protil (2004), o contexto socioeconômico enfrentado pelas organizações reforça as contradições entre os modelos professados e os modelos efetivamente praticados. Esses autores acrescentam ainda que o paradoxo é reforçado quando práticas sociais são interpretadas a partir de repertórios culturais distintos na organização. De fato, uma organização pode ser entendida como o agrupamento de diversas subculturas, ou sistemas de significação compartilhados por grupos de indivíduos, e negociados por esses indivíduos constantemente.

Segundo Peduzzi (2007), na gerência dos serviços de saúde é preciso atribuir e cobrar responsabilidade profissional, bem como, fomentar uma prática e criar uma cultura de solicitação e prestação de contas, com base na participação e no compromisso de todas as partes envolvidas, reconhecendo seu caráter complementar. Supõe-se essa atuação em diferentes esferas: (i) nas relações entre o serviço, representado pela gerência, e os trabalhadores; (ii) entre os trabalhadores e as equipes de saúde; e (iii) nas relações entre profissionais e usuários. Quanto ao último *locus*, esse justifica-se, pois são os destinatários das ações de saúde, para quem se define a finalidade dos processos de trabalho em saúde, tomados aqui na perspectiva da saúde integral como direito. Assim, a possibilidade de se “publicizar” o uso do espaço do trabalho, tanto assistencial como gerencial, depende de os profissionais de saúde reconhecerem que seu processo de trabalho pertence à esfera pública da vida e pode ser um meio pelo qual operam uma transformação que atende às necessidades de saúde dos usuários e da população de referência. Portanto, sendo de sua responsabilidade e seu dever de prestar contas de forma pública a todos os envolvidos (MERHY, 2002; PEDUZZI, 2007).

Um dos aspectos chave para o sucesso da implantação do PSF, e que, neste trabalho, ainda se constitui como um desafio, trata-se do apoio e da participação da comunidade incentivados pelo executivo local (VIANA; DAL POZ, 1998, 2005). Na presente pesquisa, observou-se que em algumas situações, o Conselho de Saúde era manipulado pelo gestor e os profissionais acabavam frustrados por não terem apoio. Sendo esse considerado uma utopia, ou seja, mais um elemento que existe

na teoria, mas que, na prática, não funciona. Essa impressão consta ao excerto (113) que segue:

(113) Eu participo do conselho de saúde, mas assim é aquela coisa que a gente falou... reuniões que precisa de tanto em tanto tempo, faz a ata, assina, discute, mas já tem tudo meio que pronto o que vai acontecer o que não vai. Para mim foi meio frustrante eu nunca havia participado de um local que debatesse, que a população pudesse participar, que coloca as questões, as necessidades esse foi meu entendimento, mas foi uma experiência frustrante. (16SB2.12)

Os conselhos não têm logrado impor aos governos políticas sociais de caráter amplo. A ação dos conselhos pouco tem influenciado os métodos de gestão ou o desempenho do trabalho em saúde. O controle social não tem atingido de forma contundente os serviços. Essa constatação não se pode concluir como sendo um fracasso ou uma inutilidade do sistema de conselho, ao contrário, trata-se de uma indicação de que se devem buscar formas de fortalecê-lo, de estruturá-lo e de dotá-lo de maior poder político e competência técnica, devido a sua importância (CAMPOS, 2002).

Para os pesquisados, a corresponsabilidade é algo ainda não praticado pela população. Segundo eles, os pacientes reclamam quando não têm suas vontades satisfeitas. O CD tem que intervir no dente que o paciente quer, atender sempre suas queixas, pois, em caso contrário, os pacientes reclamam diretamente com o prefeito. Isso evidencia uma pressão ao trabalho, que acaba por ser um instrumento de controle, conforme o apontado na fala abaixo:

(114) Eles têm que chegar lá e conseguir marcar rápido pra ser atendido, aí, eles estão felizes e não se queixam de nada. (...) Eu acho, assim, eles querem a população sem reclamar. Aí, teve a campanha do ano passado do Zé gotinha, falei, assim, vamos mudar, em vez de dar pirulitos, vamos dar escova de dentes, batalhamos, fizemos painel da odontologia e fazia Zé gotinha, depois ganhava a escovinha, fazia uma explicação, mas foi só uma vez, porque todo mundo queria pirulito. Aí nós fizemos o quê? Caímos fora, nós tentamos. (16SB2.11)

A esse respeito, Viana e Dal Poz (1998) observam que é quase impossível o desenvolvimento de um programa do tipo do PSF, mesmo com uma rede física adequada, sem a participação da comunidade e de alguma estrutura ou instituição que possa liderar o processo.

D'amour *et al.* (2008) estudaram dez indicadores que poderiam ser utilizados para se realizar um diagnóstico em serviços de saúde e identificar se existe um trabalho mais colaborativo. Um desses indicadores, "Client-centred orientation" (orientação centrada no cliente), demonstra que uma organização é mais colaborativa à medida que coloca o foco maior no cliente do que no profissional, na organização ou nos interesses privados. Nesse sentido, torna-se necessária uma forte participação da comunidade.

Viana e Dal Poz (1998) acrescentam ainda a ausência das demais esferas de governo (estadual e federal) no auxílio do desenvolvimento do PSF. Para eles, é um desperdício de recursos o uso do programa de forma incipiente e anárquica, como uma atividade a mais, sem inclusão em algum plano, projeto ou meta regional e/ou local de melhoria das condições de saúde. No presente estudo, os profissionais se queixaram que as esferas de governo federal e estadual não apoiam mais o programa como apoiavam no início em que tinham visitas periódicas de profissionais do MS e reuniões de equipe por meio de encontros promovidos pela RS. Igualmente, observou-se que, nos casos em que o conselho foi atuante, o município obteve apoio e os profissionais consideraram isso positivo. Sobre isso, é possível verificar a percepção dos pesquisados, por meio de excertos como os que seguem:

(115) Em 98, 99, eu trabalhava numa cidade vizinha também e a gente recebeu a visita do Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde fazia visitas para ver como é que estava o andamento do PSF, quando surgiu. Nossa! Era uma maravilha, porque o pessoal chegava, o secretário da saúde, sobre o agente comunitário: "Qual que é a sua área?" / "A minha área é a número treze" / "Vamos lá comigo que eu quero ver como você trabalha" E o pessoal do ministério ia junto com a gente, aquilo, para mim, era uma maravilha (...) chegava lá, batia palma: "Ó, bom dia, Dona Fátima. A senhora conhece esse menino aqui?" / "Conheço, ele é agente comunitário, ele que trás remédio para mim, ele que libera tal." / "Ah! muito bem, o que a senhora acha do trabalho dele?" / "O trabalho dele é muito bom". Era assim, aleatório, de casa em casa, assim, e, para mim, aquilo era o máximo, porque, porque realmente tinha uma fiscalização, alguma cobrança, entendeu?! (18C2.14)

(116) a regional pudesse assim ter um encontro entre os profissionais para estar discutindo, gerenciando sabe, por exemplo, faz tanto tempo que a gente não se vê com o pessoal daqui, então antes a gente tinha muito encontro, teve uma época, quando começou o programa. (17SB1.32)

Aqui vale destacar que outro indicador proposto por D'amour *et al.* (2008) foi "Centrality" (centralidade), que expressa a presença de um órgão central forte e ativo que promova consenso. Isso corrobora com, outro aspecto apontado por Viana e Dal Poz (1998, 2005) como facilitador da implantação do PSF, que seria a forte presença dos Secretários Municipais de Saúde nas formulações de políticas estaduais e no desenvolvimento de iniciativas pioneiras na área da Atenção Básica. O desenvolvimento de iniciativas pioneiras pressupõem um espaço para inovação. Tal qual outro indicador proposto por D'amour *et al.* (2008) "Support for innovation" (apoio à inovação).

Conforme a discussão feita anteriormente, as RS foram apontadas pelos participantes da pesquisa como um importante ator na gestão do processo de trabalho em saúde bucal e, conseqüentemente, um ente decisivo na implantação da Política Nacional de Saúde Bucal. Nesse quadro, a regional mostrou-se um importante articulador dos municípios das regiões pesquisadas o que tende a se fortalecer com o Decreto nº 7508/2011 GM/MS (BRASIL, 2011b).

Em uma tentativa de solucionar o problema de desarticulação entre os municípios de pequeno porte, o governo lançou o referido decreto, em que se propõe o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde, cujo objeto é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários (BRASIL, 2011b). Ou seja, o município deve deixar de ser solitário e passar a trabalhar integrado com outros municípios de uma região.

O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e aos serviços de saúde, aos indicadores e às metas de saúde, aos critérios de avaliação de desempenho, aos recursos financeiros que serão disponibilizados, à forma de controle e fiscalização da sua execução, e demais elementos necessários para a implementação integrada das ações e dos serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

Em tese, haverá uma melhor direcionamento do programa.

5.4.2. A direção do serviço

Figura 13 – Mapa conceitual da subcategoria analítica “A direção do serviço”.



Essa categoria tem como objetivo articular três assuntos “Integração, Pactuação e Avaliação” que já foram discutidos isoladamente em outras sessões desta tese, mas que se julgou importante destacá-los como subcategorias analíticas.

Os entrevistados declararam que sentiam falta de um direcionamento, inclusive, acreditavam que deveriam ser cobrados.

(117) Para você valorizar um profissional, primeira coisa é isso, quem trabalha quer ser pago. Eles cobram e não pagam, mas não é remunerado para você não fazer nada, tem que te cobrar também. (18SB1.13)

Quanto à direção do serviço, observou-se que dois elementos eram essenciais: integração do grupo e cobrança de resultados. Esses dois elementos poderiam ser mediados pela Pactuação. Ou seja, uma equipe coesa estabeleceria metas para cumprir os objetivos da organização que poderiam ser cobradas naturalmente pelos gestores, população e colegas de trabalho, mediante avaliações periódicas. Algo muito natural, se as pessoas trabalhassem efetivamente em equipe e não buscassem exclusivamente seus próprios interesses.

Segundo Siqueira (2009), as organizações são constituídas, basicamente, por dois elementos fundamentais: a coordenação e a divisão de tarefas. No entanto, alguns profissionais apresentaram dificuldade de aceitar que as regras e os códigos de conduta exercem papel fundamental na constituição das sociedades humanas.

Atualmente, existe o discurso da gestão participativa e, de fato, na área da saúde tem-se estimulado formas mais horizontais de gestão. No entanto, conforme foi citado, os próprios profissionais sentem falta de um ator que organize, cobre, es-

timule, indique a forma como o trabalho deve ser desenvolvido e avalie se o que foi combinado é o que está sendo realizado.

O poder, apesar de ter um aspecto nocivo, é fundamental na formação, na manutenção e desenvolvimento dos grupos, das sociedades humanas. São necessárias tanto a presença da diferenciação do dominador, do responsável pela definição das regras, quanto das pessoas que deverão aceitar ou discordar (SIQUEIRA, 2009).

Há um jogo constante entre dominador e dominado que vai além da imposição. Esses jogos de poder são complexos, pois envolvem controles sutis, como a gestão do afetivo, a internalização dos valores da organização e o desejo do indivíduo em vencer. O indivíduo que é dominado também tem as suas armas que podem equilibrar o jogo de forças com o dominador. Nesse sentido, ele pode abdicar do empenho de alcançar os objetivos almejados, da aplicação de seu conhecimento para a resolução dos problemas, ou pode criar grupos que farão resistência às decisões organizacionais (SIQUEIRA, 2009).

Já foi apontado nesta tese que a hierarquia não apresenta um aspecto negativo por si, mas que é natural que em uma organização alguns profissionais assumirem funções de liderança. Segundo D'Amour *et al.* (2008), a presença de liderança, "Leadership" é um dos indicadores que pode demonstrar que existe mais colaboração em um serviço de saúde, seja ela emergente ou relacionada a uma posição, desde que direcione os sujeitos a um amplo acordo.

No caso das ESB, esse papel poderia ser assumido pelo CD. No entanto, na presente investigação, foi observado que os CD desistiram de alcançar os objetivos organizacionais, de colaborar com o desenvolvimento do serviço de saúde bucal – seja cumprindo suas tarefas, seja exercendo um trabalho de coordenador – frente ao descontentamento com o salário, à falta de união entre eles para reivindicarem melhores salários e à ausência de apoio dos órgãos de classe.

Portanto, para se implantar a Política Nacional de Saúde Bucal, torna-se imperativo rever as condições de trabalho dos profissionais que atuam nas ESF. Não somente em relação à remuneração, mas também no que se refere à proporcionar formação permanente e liberdade para atuar com autonomia e criatividade. Segundo Vasconcelos (2001, p. 34):

Se é nas organizações que passamos a maior parte das nossas vidas, natural seria que a transformássemos em lugares mais aprazíveis para execução de nosso trabalho. Locais onde pudéssemos de fato, passar algumas horas vivendo, criando e realizando plenamente – com qualidade de vida, satisfação e alegria.

Um ponto que pode ser levantado, aqui, é que os profissionais precisam estar motivados para efetivarem o programa. Destaca-se que, por mais bem elaborada que esteja a norma e por mais preparada que seja a gestão, deve-se entender que as ações de saúde são realizadas por pessoas diferentes com objetivos diferentes.

Campos (2007a) relata que nos últimos anos houve todo um empenho para a construção de uma base legal e administrativa para os serviços de saúde, e que, contraditoriamente, houve uma negligência sobre a importância das pessoas que operariam esses serviços. Portanto, pode-se acrescentar que as mudanças em um modelo assistencial dependem, além do contexto político e da organização dos serviços, de processos de capacitação e do envolvimento da equipe (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Nem sempre, o perfil do profissional está de acordo com as funções que essas pessoas vão desenvolver no PSF e, como já foi destacado anteriormente, os profissionais da odontologia são tecnicistas e privilegiam o atendimento em consultório particular. Isso é corroborado por Araújo e Dimenstein (2006, p. 226, sic) que afirmam que:

Esse perfil clínico preponderante vai de encontro com as características que eles próprios identificaram como sendo imprescindíveis ao trabalho no PSF: ter um conhecimento amplo e multidisciplinar, ter habilidade para atender diferentes tipos de demandas, gostar de trabalhar com comunidades pobres, em zona rural e, principalmente, possuir determinadas características pessoais tais como ser paciente, solidário, corajoso, humano, as quais fazem diferença nesse tipo de trabalho. Não é por acaso que a maioria considera que não atende a esse perfil e, conseqüentemente, enfrenta dificuldades de realização do seu trabalho, especialmente no contato diário com a comunidade. Observa-se que a experiência do PSF não tem conseguido mudar as formas de atuação já estabelecidas, e de criar um outro modo de produzir saúde. O que se vê é a reprodução de práticas tradicionais, fragmentadas e isoladas.

No entanto, a falta de perfil não justifica o não cumprimento dos princípios do SUS; um profissional comprometido, ao se integrar na equipe, pode capacitar-se

para atuar no PSF. O fato é que a inserção da odontologia no PSF exige uma mudança radical na forma de se trabalhar do dentista. A transição de um modelo excludente para um modelo universal implica reaprender a fazer o atendimento, o que levou alguns profissionais a resistirem às mudanças. Nesse sentido, a fala abaixo aponta conflitos distintos:

(118) A gente que está fazendo tudo caminhar, mas quando a gente volta para nossa casa encontra muita resistência ainda, é a resistência da bebê (clínica), e, de repente, eu não tenho uma autonomia para chegar em um profissional, já, de vinte e cinco anos de casa, e falar que eu não concordo com a forma que ela está conduzindo o tratamento. (17SB1. 23)

Essas mudanças para os CD representam uma troca de paradigma, de tal forma que algumas atividades que se realizam pelo programa, como, por exemplo, atender adulto, fazer visita domiciliar e palestras de prevenção em grupos prioritários, são consideradas como sinônimos de PSF. Sendo assim, os CD que não estão vinculados ao programa, desconsideram essas atividades como suas atribuições e se negam a executá-las, dificultando a implantação da política.

Torna-se necessário, aqui, resgatar a questão dos repertórios culturais. Conforme destacado anteriormente, nos serviços de saúde encontram-se uma multiplicidade de autogovernos. Nesse sentido, ações planejadas de nada adiantarão para a efetivação da Política Nacional de Saúde Bucal, se a organização não tiver uma cultura que alimente esse processo (TONETTO et al., 2009).

A cultura organizacional é conceituada sob distintas perspectivas teóricas que a descrevem com diferentes e múltiplas dimensões (SIQUEIRA, 2009). Seja qual for a epistemologia adotada, a cultura organizacional compreende, pelo menos, três níveis: (i) a arquitetura da organização; (ii) os valores, que focalizam a maneira como as situações são tratadas e os problemas são enfrentados; e (iii) o nível dos pressupostos, que considera as crenças do grupo sobre a realidade em que estão inseridos seus membros (TONETTO et al., 2009).

A cultura é continuamente formada, tendo em vista que sempre existirão processos de aprendizagem em andamento. Por outro lado, as coisas aprendidas, quando enraizadas, dão estabilidade ao grupo e tornam-se difíceis de mudar. Formam-se, assim, padrões que vão sendo repassados àqueles que vão ingressando

no grupo. Cabe ressaltar, nessa perspectiva, que os valores da sociedade influenciam os valores pessoais (TONETTO et al., 2009).

A necessidade de rompimento com o modelo flexneriano está em todos os documentos do MS e no discurso de muitos autores, mas não saiu da cabeça das pessoas e principalmente do agir. A pergunta que se impõe é: pode-se mudar uma cultura organizacional?

Não existe um consenso entre os autores, mas pode-se dizer que a cultura muda quando as pessoas mudam, e esse é um processo longo e de difícil direcionamento. Mas, é consensual a compreensão de que, onde não existe espaço para discussões e livre troca de ideias, poderemos encontrar uma cultura fechada, individualista, em que as pessoas se manifestam pouco, não participam por não haver espaço para suas vozes (TONETTO et al., 2009).

O mais indicado, então, é abrir espaço para o trabalho em equipe e, com a ajuda dessa, ir alterando alguns elementos organizacionais, ampliar os ambientes de troca, reduzindo práticas individualistas, valorizando a cooperação, a participação e, de acordo com o engajamento das pessoas, ir mudando a cultura (TONETTO et al., 2009).

Desse modo, o trabalho em equipe é uma ferramenta do processo de trabalho em saúde, cuja aplicação requer do gerente a composição de um conjunto de instrumentos, que podem ser sintetizados como: (i) construir e consolidar espaços de troca entre os profissionais; (ii) estimular os vínculos profissional-usuário e usuário-serviço, por meio da interação e da participação social; (iii) estimular a autonomia das equipes, em particular para a construção de seus próprios projetos de trabalho; e (iv) promover o envolvimento e o compromisso de cada equipe e da rede de equipes com o projeto institucional.

Essas ações são mediadas pela comunicação e pela interação que busca o entendimento pautado no compartilhamento de um horizonte ético e normativo, no qual os envolvidos – trabalhadores, gerentes, usuários e população – constroem solidariamente o projeto institucional. Nesse sentido, cabe a todos esses sujeitos sociais criar e dar sustentação a uma prática comunicativa, em que todos sejam partícipes, tanto da construção do projeto de trabalho do serviço como do projeto assistencial comum a cada equipe (PEDUZZI, 2007).

Coloca-se, assim, uma importante discussão para a gerência dos serviços de saúde em torno da díade responsabilidade profissional e necessidade de um sis-

tema de prestação de contas, pois os trabalhadores podem se responsabilizar pelo seu trabalho – e usualmente o fazem – mas também devem prestar contas de suas ações e dos resultados produzidos, para o serviço em que se inserem e para os usuários e a população de referência (PEDUZZI, 2007)

Campos (2002) parte das premissas de que a qualidade dos serviços prestados à população está na combinação entre autonomia profissional e definição de responsabilidades dos trabalhadores e de que a operação dos sistemas de saúde requer um certo grau de controle organizacional. Para o enfrentamento do que denomina paradoxo entre liberdade e controle, visando assegurar-se a qualidade do trabalho em saúde, o autor propõe que se articulem, de um lado, a constituição de equipes multiprofissionais que trabalhem com base no estabelecimento de vínculo profissional-usuário e com a definição precisa e inequívoca de responsabilidades individuais diante de cada caso (pactuação); e, de outro, a reaproximação dos trabalhadores de saúde do resultado de seu trabalho (avaliação).

No caso do Brasil, poder-se-ia dizer que há dois modelos polares em discussão para a organização dos processos de trabalho em saúde. De um lado, experiências mais radicais de horizontalização de organogramas, com distribuição mais homogênea de poder. Nessas situações, é comum igualarem-se de modo artificial todos os profissionais. Todos fariam tudo e ninguém seria responsável por nada em particular, já que a responsabilidade pelo projeto terapêutico seria sempre coletiva (CAMPOS, 2002).

De outro, em contextos mais tradicionais ou em organizações mais hierarquizadas, observa-se uma agregação vertical de profissões ou de grupos homogêneos de especialistas. São os famosos organogramas verticais que criam departamentos de enfermagem, serviço social, médico, entre outros setores. O trabalho, nesse contexto, tende a burocratizar-se. Cada um se sente responsável por fazer somente aquilo ligado a sua especialidade. Procura-se apelar por protocolos, e programas normativos de conduta. Com o tempo costuma ocorrer exacerbação do conflito entre equipes de trabalho, e “empurra-empurra” de responsabilidades, não estritamente previstas nas rotinas (CAMPOS, 2002).

Portanto, a proposta de equalização consiste em se combinarem características polares e antagônicas, implementando-se os modelos organizacionais que mais potencializem a produção de saúde. Haveria que se procurar arranjos singulares que assegurassem, ao mesmo tempo: “o máximo de eficácia, de qualidade e de

produção de saúde; o máximo de produtividade, de eficiência e de viabilidade possíveis; e o máximo de satisfação profissional” (CAMPOS, 2002, p. 234).

Nesse momento, vale a pena destacar mais quatro indicadores propostos por D’Amour *et al.* (2008): metas (“goals”), ferramentas de formalização (“formalization tools”), conectividade (“connectivity”) e troca de informações (“information Exchange”). Já foi destacado nesta tese a importância de se ter metas e o quanto isso motivava os participantes da pesquisa. Também destacamos a importância do uso de um protocolo construído coletivamente como uma ferramenta de pactuação ou como ferramenta de formalização das responsabilidades, para se utilizar a expressão usada por D’Amour *et al.* (2008).

A conectividade refere-se ao fato de que os indivíduos e as organizações estão interligadas, que há lugares para a discussão e para a construção de vínculos entre eles. A troca de informações refere-se à existência e uso adequado de uma infraestrutura de informações para permitir trocas rápidas e completas de informações entre os profissionais. Esses são aspectos importantes para o estabelecimento de relações de confiança (D’AMOUR *et al.*, 2008).

Para Peduzzi (2007), o contexto de uma prática comunicativa configura um movimento circular, em que todos os sujeitos envolvidos – trabalhadores da assistência, gerentes, usuários e população de referência – constroem, de forma intersubjetiva, a responsabilidade e um sistema de petição e prestação de contas necessário para a eficácia e eficiência da atenção às necessidades de saúde dos usuários e da população do território. Do contrário, num cenário de relações unilaterais e monológicas, seria mantido o caráter de exigência e controle externo, o que reiteraria uma prática gerencial técnico-burocrática e conservadora, perpetuadora do modelo gerencial hegemônico.

Assim, a agenda para a gestão do trabalho em saúde deve incluir o fortalecimento de práticas gerenciais que busquem consensos e acordos para atender aos conflitos entre os interesses corporativos e sociais envolvidos; objetivando uma visão ampliada do direito à saúde e a incorporação da prática da avaliação como instrumento de fortalecimento e transformação, tanto da própria gestão como de construção de capacidades para formulação de políticas públicas. Mais ainda, deve haver a valorização do capital humano e do conhecimento como forças produtivas e mediadoras, não só do direito à saúde, mas também de desenvolvimento social

(PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2006). Essa proposta encontra respaldo em relatos como o que segue:

(119) Mas, eu acho que tem que sentar. Eu acho, eu penso o seguinte: que todos os profissionais têm que sentar. Nós estamos ao bem do município, bem comum, têm que sentar e direcionar o trabalho sabe, sentar e reorganizar, têm que fazer uma reorganização. (17SB1.25)

Destaca-se, nessa fala, que os profissionais estão “ao bem do município, ao bem comum”. Gardner (2007), ao escrever sobre os comportamentos que mais serão demandados no futuro da sociedade, inclui a “mente respeitosa”, mostrando que a cooperação entre povos e classes é condição para a sustentabilidade da vida humana.

Os participantes da pesquisa declararam:

(120) PSF é um programa muito interessante sim, ele deve continuar, mas tem que ser adequado. (18C2.43)

E por fim, cabe fazer uma ressalva, ou seja apresentar um dos limites desta pesquisa que foi não ouvir o usuário, uma vez que as políticas do SUS colocam o cidadão no centro do debate. No entanto, exigiu-se um recorte frente a quantidade de informações obtidas com os profissionais aqui entrevistados. Assim, priorizou-se aprimorar a análise desses dados. Com isso, sugere-se novos estudos sobre o trabalho em saúde bucal privilegiando o olhar dos cidadãos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No caso da política de saúde bucal, em que o governo proporcionou um grande investimento financeiro para a implantação de equipes saúde bucal, os municípios de pequeno porte foram os que mais aderiram a ela, devido a uma conjuntura de muita carência que resulta na escassez de atendimento de saúde. Essa adesão se deveu, principalmente, ao fator financeiro, uma vez que o recurso era um grande atrativo.

Esperava-se que algumas características desses municípios – como, por exemplo: a aproximação da população e dos trabalhadores com a gestão, a aproximação da população com os funcionários da UBS, a aproximação entre os funcionários – poderiam resultar em um melhor desempenho dos serviços de saúde nesses locais, uma vez que todos esses estão ligados aos princípios que são desejados na organização do sistema de saúde, tais como, gestão democrática e participativa, vínculo com a população e trabalho em equipe.

No entanto, observou-se que esse recurso foi absorvido de maneira acrítica, dificultando a implantação/implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, em razão da maneira como estabeleceram-se os textos ministeriais e resultando em uma rotina de atividades que foram realizadas sem planejamento integrado e integral e que foram expressas nas falas, como algo que causava sobrecarga para os trabalhadores e para o município.

No PSF persiste a falta de integração entre os profissionais da ESB com os demais trabalhadores da UBS, o que pode estar relacionada ao atraso de inserção da odontologia no programa, uma vez que os incentivos financeiros para essa área vieram quase dez anos após a implantação das primeiras equipes de saúde da família. Aliada a isso, tem-se uma formação individualista e tecnicista dos profissionais de saúde bucal que dificulta a abordagem do indivíduo como um todo. Houve, ainda, alguns profissionais que alegaram que a demanda excessiva tomava grande parte do tempo das ESB, impedindo-os de interagir com os demais membros das equipes. No entanto, isso pode ser questionado na medida em que tais profissionais, como foi atestado pelos próprios participantes, não cumpriam suas cargas horárias.

Foi observada uma dificuldade de se romper com o modelo incremental e efetivar os princípios da universalidade e integralidade do SUS. Nesse sentido, os profissionais, ora, pesquisados não entenderam que o PSF se configura como uma

estratégia de reorientação do modelo de atenção. No caso dos serviços pesquisados, ficou evidente uma dicotomia entre PSF e UBS, em que o PSF tinha a finalidade de oferecer Promoção da Saúde, enquanto que a unidade básica deveria oferecer um Atendimento Clínico e, no caso da organização do serviço de saúde bucal, alguns profissionais se negavam a fazer atividades de prevenção, pois não faziam parte do PFS.

Nesta pesquisa, os profissionais inseridos na ESF já atuavam como CD há algum tempo na profissão, isso resultou que, apesar da experiência profissional, ou mesmo em função dela, apresentaram resistência a mudanças. O modelo que privilegia as práticas curativistas apresentou-se muito arraigado no serviço de saúde bucal de modo que, na configuração do processo de trabalho, observou-se uma dicotomia entre atividades de promoção/prevenção e atividades clínicas com clara preferência tanto dos profissionais e dos gestores como também da população pelo atendimento clínico.

Alguns entrevistados alegaram que isso ocorre por causa do desconhecimento da área por parte do gestor e dos seus interesses políticos, além do fato de a população preferir um atendimento que traz resultados rápidos. Mas não é somente isso, o que se observa é que na maior parte dos serviços de saúde há ações “procedimento-centradas” em lugar das “usuário-centradas”. Isso porque as ações desenvolvidas são efeitos do modo como o modelo de saúde está instituído e de como ele influencia a organização dos atos de cuidar.

Tendo em vista que os profissionais de saúde bucal passam por uma formação individualista e tecnicista (própria do modelo biomédico), além do fato de a própria prática da odontologia ser uma área muito dependente de tecnologia dura, a cultura de que, sem equipamentos e materiais, o dentista não tem como atuar, persiste entre esses profissionais. Isso ocorre a tal ponto, que o serviço fica parado, caso não recebam materiais de consumo ou em caso de que algum equipamento quebre.

A maioria dos entrevistados afirmou não planejar ou executar qualquer atividade de Promoção da Saúde e nem mesmo participar de projetos ou reuniões com os outros profissionais da equipe do PSF. Algumas atividades que realizam na comunidade tratam-se de ações de proteção específica como, por exemplo, palestras sobre as principais doenças bucais e sua prevenção, atividade coletiva escovação supervisionada e bochecho com flúor, que ocorrem prioritariamente nas escolas.

Quando se pensa em Promoção da Saúde, entende-se que a saúde bucal deveria estar integrada no planejamento de todas as ações da equipe saúde da família de modo que, na concepção de cada atividade proposta da unidade de saúde, seja individual ou coletiva, o centro seria o usuário, e o objetivo seria o tratamento integral dele.

Assim, deve se ter em mente o seguinte questionamento: “Nesta ação, o que a equipe saúde bucal pode fazer, conjuntamente com os outros profissionais, para que este indivíduo tenha hábitos mais saudáveis?”. E isso não consiste apenas em atividades como a distribuição de *kits* contendo fio dental, escova e creme dental, ou mesmo a organização de uma palestra, nos moldes tradicionais, achando que isso fará a população imune às doenças bucais. Não queremos, com isso, deslegitimar ou desestimular a entrega de tais *kits*, ou o ensino de como usá-los, mas formular uma provocação para que se pensem novas formas interventivas complementares ao tratamento clínico tradicional.

Advogamos em favor da necessidade tanto dos gestores como do profissional ampliarem a visão e entenderem que saúde bucal não se faz somente dentro de quatro paredes do consultório. Os CD até podem organizar uma palestra sobre prevenção de cárie e doença periodontal, o que já seria um grande avanço em relação a não fazer nada, mas, segundo eles próprios, a população reclama e quer atendimento clínico.

Sendo assim, o enfoque tem de ser modificado. É necessário que o profissional se integre com toda equipe para estar sensível às oportunidades de abordar a população para que suas intervenções sejam valorizadas. Seja nos grupos como os de gestantes, idosos e mesmo escolares, seja em capacitações de outros membros da equipe, como os agentes comunitários de saúde, ou apoiando e defendendo os técnicos em saúde bucal junto à equipe ou mesmo à população. Isso porque são eles capacitados para atuarem como agentes promotores de saúde em sua formação.

Para isso, esse profissional precisa contar com o apoio dos gestores e ser mais valorizados, pela efetiva valorização da relevância da saúde bucal como parte da saúde geral. Nesse sentido, observamos que o gestor, assim como parte da população, não valoriza a saúde bucal. Algumas pessoas, enquanto não apresentam algum sintoma, como dor, mau hálito ou perda da estética, não se preocupam com sua boca. Inclusive, para os participantes da pesquisa, trabalhar a prevenção não

interessa ao gestor, porque é um trabalho mais lento e que somente deixa resultados a longo prazo, e, como a população também não valoriza esse atendimento mais integral e com vistas à prevenção, não proporciona votos.

Além disso, os CD estão desmotivados, pois a remuneração está defasada em relação a outros membros da equipe, como em relação ao salário de médicos. O salário que recebe na atenção pública é muito inferior ao que receberia caso estivesse atuando em consultório particular, o que corrobora com o não cumprimento da carga horária, sendo forçosa sua atuação no consultório para uma complementação da renda.

De fato, o profissional precisa ser valorizado, no entanto, a não valorização não pode servir de desculpa para o não cumprimento do seu horário de trabalho, pois trata-se de uma atitude antiética e imoral. Um verdadeiro desrespeito com o dinheiro público. Atitudes como essas devem ser repensadas pelo gestores, uma vez que indiretamente apoiam essa forma de agir, à medida que negociam a “flexibilização” do horário de trabalho. O conselho deveria ser mais crítico em relação a atitudes como essas, cobrando mais comprometimento dos profissionais de saúde.

A mudança de atitude deverá começar pela classe odontológica, sendo que a valorização profissional depende do resgate da valorização da própria área, por meio do apoio dos conselhos regionais e federal de odontologia, dos CD que atuam na rede privada e dos demais profissionais da área da saúde.

O governo federal demonstrou, a partir de oferta incentivos financeiros para a implantação das equipes de saúde bucal, que está atento a essa necessidade da população. Agora, faltam os gestores municipais valorizarem a área tanto oferecendo algum incremento financeiro como apoiando os profissionais para o cumprimento das ações propostas nas diretrizes. Os próprios CD precisam assimilar que a saúde bucal, no serviço público, é algo necessário para toda população e não somente para a população infanto-juvenil. Promover a saúde integral da população deve ser a meta de toda a equipe de saúde.

Ainda quanto à gestão, nesta pesquisa, observou-se que, em municípios de pequeno porte, o trabalho era influenciado por quatro atores diferentes: coordenador ESB, coordenador UBS, prefeito/secretário de saúde e RS.

Quanto ao coordenador da ESB, é preciso destacar que precisam se assumir como peça chave na organização do serviço de saúde bucal. Seria muito importante para o serviço a formalização desse cargo e a descrição formal das atribui-

ções, o que traria maior respeito desse profissional perante toda a equipe. A complementação salarial seria algo justo, tendo em vista que a atividade exige maior responsabilidade e mais afazeres em comparação com a competência dos outros membros da equipe que não exercem a função. A escolha poderia ser pelo perfil e pela disponibilidade do profissional para o cargo e a qualificação para o desempenho da função poderia ser exigida como pré-requisito ou ofertada para os que assumirem a função.

Quanto ao coordenador da UBS, é importante ressaltar que a gerência da ESB está entre as suas atribuições, uma vez que a odontologia está inserida como uma das atividades da UBS que coordena. No entanto, por ser um território que os membros da ESB conhecem com maior propriedade, aquele deveria contar com o apoio desses profissionais. Com isso, tornam-se imprescindíveis o diálogo constante e o desenvolvimento de um trabalho em equipe nos moldes que se preconizam as diretrizes do PSF.

Sugere-se, igualmente, a criação de um protocolo que contribuiria para a resolução de dois problemas imediatos: o primeiro seria a falta de clareza das atribuições dos profissionais, que, como destacado anteriormente, tira a autonomia dos profissionais de coordenar o serviço, pelo fato de não estar claro quem deve coordenar; e, segundo, a desmistificação da odontologia perante os outros membros da equipe. Assim, ficaria claro para profissional e usuários o que esperar do serviço de saúde bucal.

Quanto aos prefeitos e secretários de saúde, o papel a eles atribuídos pelos pesquisados foi o de ouvir e apoiar as atividades da equipe de saúde, tomando decisões em conjunto com os profissionais. Ou seja, aqui, não caberiam atitudes autoritárias e nem paternalistas. Embora, o que foi demonstrado na discussão supracitada, tenha sido que impera, em municípios de pequeno porte, o interesse político, a primazia pela conquista do voto que, muitas vezes, anulam princípios éticos e desmotivam todos os profissionais de saúde. Deve-se observar que há uma exceção, em relação àqueles que estão no serviço por influência política e não por terem passado em um concurso ou por escolha profissional e, sim, por indicação. Perpetuando-se, assim, em alguns poucos locais os vínculos empregatícios precários.

Quanto à RS, tem-se destacado, em várias seções desta tese, a sua importância como ente articulador entre os municípios de pequeno porte. A regional tem papel fundamental na organização do serviço, na medida em que, historicamente,

assumiu o papel da capacitação dos profissionais da saúde e tornou-se uma importante instância articuladora para debater sobre o modelo assistencial e para apoiar a efetivação do SUS.

Essa atribuição deveria ser reconhecida e assumida pela regional, que deveria promover mais encontros entre os profissionais e aproveitar o momento da pactuação para exercer uma gestão participativa, em que metas sejam utilizadas para, não apenas exercer uma cobrança, mas para, simultaneamente, promover a motivação dos profissionais, uma vez que, segundo os pesquisados, existe um desejo de serem avaliados, porque, dessa forma, seu serviço apareceria.

Tendo em vista que os municípios das regionais pesquisadas são de pequeno porte e que esses são a maioria em território nacional, esta pesquisa pode contribuir para a reflexão sobre a realidade dos serviços públicos de saúde bucal brasileiro.

Portanto, para a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal defende-se aqui, como nos documentos ministeriais, um modelo de gestão em que se planejem ações em equipe, pactuem-se metas e valorizem-se os resultados, por meio de avaliações periódicas. Sugere-se, também, a adoção de sistemas de trabalho por compromisso, a partir do diagnóstico de necessidades e de condições técnicas. Isso, evidentemente, acompanhado por instâncias de participação democrática.

Para isso, são fundamentais a integração do grupo e a cobrança de resultados que poderão ser conquistadas por meio de uma gestão qualificada e valorizada. Não bastam as normas estarem somente no papel “É necessário transformarmos o SUS previsto na Constituição em um SUS real” conforme expresso na carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde à sociedade brasileira que aconteceu em novembro de 2011 (BRASIL, 2012b, p. 309).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGENTES institucionais e modalidades de contratação de pessoal no Programa Saúde da Família no Brasil: relatório de pesquisa. [S.l.]: Ministério da Saúde; Belo Horizonte: UFMG, 2002. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2437.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2013.
- ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 150-153, ago. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/12.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2014.
- ARAÚJO, Y.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 219-227, mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29467.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2013.
- ARIAS, E. H. L. et al. Gestão do trabalho no SUS. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 112-117, mar. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2013.
- ASCHIDAMINI, I. M.; SAUPE, R. Grupo Focal: estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 9, n. 1, p. 9-14, jan./jun. 2004. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/1700/1408>>. Acesso em: 14 ago. 2013.
- ATLAS do desenvolvimento humano no Brasil. Brasília: PNUD/IPEA/Fundação João Pinheiro, 2013. Disponível em: <<http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking>>. Acesso em: 30 jan. 2014.
- BALDANI, M. H. et al. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1026-1035, jul./ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/05.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2013.
- BAPTISTELLA FILHO, H.; MAZZON, J. A.; GUAGLIARDI, J. A. O método de coleta de dados pelo correio: um estudo exploratório. **Revista de Administração da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 35-43, out./nov. 1980. Disponível em: <http://www.rausp.usp.br/busca/artigo.asp?num_artigo=959>. Acesso em: 15 ago. 2013.
- BARBOSA, P. R. A gestação da saúde no Brasil: novas responsabilidades e novas práticas. In: GOULART, F. A. A.; Carvalho, G. C. M. (Orgs.). **Os médicos e a saúde no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 51-68.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 2002. 214 p.

BARTOLE, M. C. S. **Da boca cheia de dentes ao Brasil Sorridente: uma análise retórica da formulação da política nacional de saúde bucal**. 2006. 130 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2006.

BORDIN, D.; FADEL, C. B. Pacto pela saúde no Brasil: uma análise descritiva da progressão dos indicadores de saúde bucal. **Revista de Odontologia da UNESP**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 305-311, set./out. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rounosp/v41n5/a02v41n5.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

BOTAZZO, C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 7-17, jan./mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29438.pdf>>. Acesso em 24 mar. 2014.

BRANDÃO, H. H. N. **Introdução à análise de discurso**. 2. ed. rev. Campinas: Editora UNICAMP, 2004. 122 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Publicada no DOU de 05/10/1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2006a. Seção 1, p. 71.

_____. Portaria n. 673 de 3 de junho de 2003. Atualiza e revê incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 jun. 2003. Seção 1, p. 44.

_____. Portaria n. 2.203 de 5 de novembro de 1996. Aprova a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Seção 1, p. 22932.

_____. Portaria n. 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 dez. 2000a. Seção 1, p. 85.

_____. Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 out. 2011a. Seção 1, p. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.840 de 7 de dezembro de 2010. Inclui a Saúde Bucal no Monitoramento e a Avaliação do Pacto pela Saúde, e estabelece as diretrizes, orientações e prazos do processo de ajuste de metas para o ano de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 dez. 2010a. Seção 1, p. 45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **CNESNET: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. [S.l.], 2010b. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 13 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Consolidado Histórico de Cobertura da Saúde Família**. Brasília, 2009a. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>>. Acesso em: 28 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006b. 59 p. (Série A. Normas e manuais técnicos). (Série pactos pela saúde, v. 4). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 17 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, 2004a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, 2008. 70 p. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_us_4ed.pdf>. Acesso em: 15 Ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos e percorrer**. Brasília, 2005. 36 p. (Série C. Projetos, programas e relatórios. Educação na saúde). Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/A%20Educacao%20Permanente%20Entra%20na%20Roda.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS**: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas. Brasília, 2006c. 28 p. (Série C. Projetos, programas e relatórios). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011**: regulamentação da Lei n. 8.080/90. Brasília, 2011b. 16 p. (Série E. Legislação de saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS**: 2012. Brasília, 2012b. 352 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_informacoes_gestao_interfederativa.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Coordenação Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa. **Orientações acerca dos indicadores da pactuação de diretrizes, objetivos e metas 2012**: conforme pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite de 26 de abril de 2012. Brasília, 2012c. 72 p. Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/Instrutivo_Indicadores_2012.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, 2002a. 56 p. (Série B. Textos básicos em saúde). Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_1221_M.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: (documento para discussão). Brasília, 2002b. 48 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília, 2000b. 49 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e da gestão**. Brasília, 2006d. 70 p. (Série A. Normas e manuais técnicos). Disponível em:

<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0257_M.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Apoio integrado à gestão descentralizada do SUS**: estratégia para a qualificação da gestão descentralizada. Brasília, 2004b. 22 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_18.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Assédio**: violência e sofrimento no ambiente de trabalho: assédio sexual. Brasília, 2009b. 36 p. (Série F. Comunicação e educação em saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_sofrimento_trabalho_assedio_sexual.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2013.

BRASIL. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Programas Urbanos. **Plano diretor em municípios de pequeno porte**. [S.l.: s.n., 20--?]. [9 p.]. Disponível em: <http://portal.cnm.org.br/sites/8800/8875/download/2_dia/PlanoDiretoremMunicipiosdepequenoporte_Modificada.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Presidenta Dilma anuncia ampliação do programa Brasil Sorridente e do mutirão de próteses dentárias. **Portal do Planalto** [site], 10 ago. 2012d. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/releases/presidenta-dilma-anuncia-ampliacao-do-programa-brasil-sorridente-e-do-mutirao-de-proteses-dentarias>>. Acesso em: 17 jan. 2013.

BRASIL. Presidência da República. Controladoria-Geral da União. **Manual de Processo Administrativo Disciplinar**. Brasília, 2013. 435 p. Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/publicacoes/guiapad/Arquivos/Manual_de_PAD.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2013.

BUENO, V. L. R. C. **Avaliação de serviço público de odontologia no município de Cambé, Paraná**. 2008. 85 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)—Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>>. Acesso em: ago. 2013.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 229-266. (Coleção Saúde em Debate).

_____. Apresentação. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Trabalhador da saúde muito prazer!**: Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora Unijuí: 2007a. p. 11-15.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Editora Hucitec, 2007b.

CARVALHO, B. G. **Coordenação de Unidade da Atenção Básica no SUS: trabalho, interação e conflitos**. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem)—Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

CARVALHO, B. G. et al. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A. CORDONI JUNIOR, L. (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001. p. 27-59. [Texto atualizado para a nova edição do livro Bases da Saúde Coletiva. No Prelo].

CARVALHO, V. L. R.; MESAS, A. E.; ANDRADE, S. M. Aplicação e análise de uma atividade de educação em saúde bucal para idosos. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 7, n. 2, p. 1-7, jun. 2006. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v7n2/Aplicacao_e_analise.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2013.

CAVALCANTI et al. Perfil da pesquisa científica em odontologia realizada no Brasil. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 4, n. 2, p. 99-104, 2004. Disponível em: <<http://eduep.uepb.edu.br/pboci/pdf/Artigo2v42.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005a. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a20v10n4.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

CECÍLIO, L. C. O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 151-167. (Coleção Saúde em Debate).

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Epi Info: database and statistics software for public health professionals**. Version 3.5.1. Atlanta, USA: CDC, 2008. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/epiimfo/>>. Acesso em: 16 jul. 2008.

CHANLAT, J. Ciências sociais e management. **Revista de Administração da FEAD-Minas**, Belo Horizonte, v. 3, n. 2, p. 9-17, dez. 2006. Disponível em:

<<http://revista.fead.br/index.php/adm/article/view/139/117>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

CHAVES, M. M. **Manual de odontologia sanitária**. São Paulo: Massao Ohno-USP; 1960.

_____. **Odontologia Social**. São Paulo: Artes Médicas, 1986.

CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas**: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Campus, 1999. 457p.

_____. **Administração nos novos tempos**. Rio de Janeiro: Campus, 2010. 610p.

_____. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 608p.

CMAPTOOLS: software livre. Versão 5.05.1. Florida: University of West Florida, 2013. Disponível em: <<http://www.ihmc.us/cmaptools.php>>. Acesso em: 31 jan. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Presidente do CFO busca agilidade no andamento do PL 3734/2008. **Conselho Federal de Odontologia** [site], 25 abr. 2012. Disponível em: <<http://cfo.org.br/destaques/presidente-do-cfo-busca-agilidade-noandamento-do-pl-37342008/>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1 p. 113-118, jan./fev. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/17.pdf>>. Acesso em: ago. 2013.

COSTA, S. M. et al. Política Nacional de Saúde Bucal e bioética da proteção na assistência integral. **Revista Bioética**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 342-8, 2012. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/708>. Acesso em: 15 ago. 2013.

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. Grupos focais e pesquisa social: o debate orientado como técnica de investigação. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13., 2002, Ouro Preto, Minas Gerais. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 2002. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_JUV_PO27_Neto_texto.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2013.

D'AMOUR et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Services research**, [London], v. 8, n. 188, Sept. 2008. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-8-188.pdf>>. Acesso em: 2 fev.2014.

DIAS, A. A.; NARVAI, P. C.; RÉGO, D. M. Tendências da produção científica em odontologia no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, [Washington, DC],

v. 24, n. 1, p. 54-60, Jul. 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v24n1/v24n1a07.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

DEJOURS, C. 1949. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. São Paulo: Cortez: Oboré, 1992.

EM DEFESA da saúde dos brasileiros. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, p. 290-373, set./dez. 2002. Disponível em:

<http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n62.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2013.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a Atenção Básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, [Washington, DC], v. 21, n. 2-3, p. 164-176, 2007. Disponível em:

<<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

FARIA, H. X. **No fio da navalha**: o processo de trabalho de uma unidade de saúde da família de Vila Velha – ES. 2010. 135 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional)—Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2010.

FERNANDES, M. C et al. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 11-15, jan./fev. 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a02.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS.

Interface: Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

FORTUNA, C. M. et al. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, p. 272-281, set./dez. 2002.

FRANCO, T. B. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde**: um olhar a partir do Sistema Cartão Nacional de Saúde. 240 f. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)—Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF) contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 55-124.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 64-71, jan./abr. 2009.

GARCIA, A. C. P. **Gestão do trabalho e da educação na saúde**: uma reconstrução histórica e política. 2010. 169 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)—Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

GARDNER, H. **Cinco mentes para o futuro**. Tradução de Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2007. 159 p.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 1992. (Cadernos CEFOR. Série Textos, 1). Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/61303995/Ricardo-Bruno-Mendes-Goncalves-Praticas-de-Saude-Processos-de-Trabalho-e-Necessidades>> Acesso em: 22 mar. 2014.

GONTIJO, L. P. T. **Construindo as competências do cirurgião-dentista na atenção primária em saúde**. 2006. 225 p. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública)—Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção de saúde. **Revista Escola Enfermagem USP**, [São Paulo], v. 35, n. 2, p.115-121, jun. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a03.pdf>>. Acesso em: 16 de ago. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2000**: características da população e dos domicílios: resultados do universo. [S.l., 2001?]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000>>. Acesso em: 13 jul. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTUDO E PESQUISAS SOCIOECONÔMICAS. **O perfil do cirurgião-dentista no Brasil**: pesquisa realizada para entidades nacionais de odontologia: ABO, ABENO, ACBO, CFO, FIO e FNO. [S.l.]: Inrape, 2003. Disponível em: <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/perfil_CD.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2013.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM – 2000**: anotações sobre o desempenho do Paraná. Curitiba: IPARDES, 2003.

_____. **Regiões Administrativas**: atualização: agosto de 2011. Curitiba, 2011. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=48>. Acesso em: 18 jun. 2012.

ISSAO, M.; FERELLE, A.; WALTER L. R. F. **Odontologia para o bebê**: odontopediatria do nascimento aos 3 anos. São Paulo: Artes Médicas, 1996.

JUNQUEIRA, V. et al. O Pacto pela Saúde e a gestão da força de trabalho na Atenção Básica do SUS: um retrato da situação de alguns municípios no Estado de São Paulo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 675-693, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a18v21n2.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2013.

KANITZ, S. C. O verdadeiro significado da palavra gestão. **Artigos para se pensar** [blog], [17 mar. 2011]. Disponível em: <<http://blog.kanitz.com.br/2011/03/o-significado-da-palavra-gest%C3%A3o.html>>. Acesso em: 8 fev. 2013.

LACAZ, F. A. C. **Relatório técnico final do projeto de pesquisa**: avaliação da gestão do trabalho como tecnologia em saúde na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. São Paulo: Unifesp, 2008.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill Inc., 1976. 744p.

LONDRINA. Decreto n. 275, de 30 de abril de 2007. Súmula: Aprova o Regimento Interno da Autarquia Municipal de Saúde. **Jornal Oficial do Município de Londrina**, Londrina, ano X, n. 849, 10 maio 2007. Disponível em: <<http://www2.londrina.pr.gov.br/jornaloficial/images/stories/jornalOficial/jornal0849.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2010.

LOURENÇO, E. et al. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciência e Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 14, p. 1367-1377, set./out. 2009. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a09v14s1.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2013.

LUZ, M. T. A produção científica das ciências sociais e saúde: notas preliminares. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 55, p. 54-58, maio/ago. 2000.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: GONDIM, R.; GABROIS, V.; MENDES, W. (Org.) **Qualificação de gestores no SUS**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde, 2011. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/92174603/Livro-Qualificacao-de-gestores-do-SUS-EAD-ENSP>>. Acesso em: 16 ago. 2013.

MANDELI, M. J.; FEKETE, M. C. Administração estratégica em unidades de saúde. In: SANTANA, J. P. (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1997. p. 252-256.

MANFREDINI M, A. Saúde bucal no Programa Saúde da Família no Brasil. In: DIAS, A. A. (Org.). **Saúde bucal coletiva**: metodologia de trabalho e práticas. São Paulo: Ed. Santos, 2006. p. 43-73.

MARCONDES, W. B. Multiplicidade, autonomia e participação popular na promoção da saúde. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL PAULO FREIRE, 5., 2005, Recife. [Anais]... [S.l.: s.n., 2005?].

- MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Centauro, 2005.
- MASCARENHAS, A. O. **Gestão estratégica de pessoas**. São Paulo: Cengage, 2008.
- MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. v. I.
- MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2013.
- MATUS, C. **Política, planificación y gobierno**. Caracas: Fundación Altadias, 1987.
- MEDINA, M. G.; AQUINO, R. Avaliando o Programa de Saúde da Família. In: SOUSA M. F. (Org.). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MENDES, E. V. O paradigma da medicina científica. In: _____. **A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas**. Belo Horizonte: Fundação Mariana Resende, 1985.
- MENDONÇA, M. H. M. et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 15, n. 5, p. 2355-2365, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a11.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2013.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- _____. 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. (Série B. Textos básicos de saúde). p. 108-137. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/O_ato_de_cuidar__a_alma_dos_servicos_de_saude/59>. Acesso em: 15 mar. de 2013.
- _____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciências e Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7114.pdf>> Acesso em 16 ago. 2013.
- _____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

_____. Ciências sociais em saúde no Brasil: vida longa e recente relevância. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 55, p. 44-53, maio/ago. 2000.

MINTZBERG, H.; QUINN, J. B. **O processo da estratégia**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MISHIMA, S. M. et. al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: ALMEIDA M. C. P.; ROCHA, S. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 251- 296.

MISHIMA, S. M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde: o caso do Programa Saúde da Família**. 2003. 153 p. Tese (Livre Docência)—Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003. Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para inscrição ao concurso para obtenção do título de Professor Livre Docente junto ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública

MONTEIRO, L. O. Decreto 7.508/11: um marco na gestão do SUS. **Blog do SUS** [online], [s.l.], 28 jul. 2011. Disponível em: <<http://sus-ma.blogspot.com.br/2011/07/decreto-750811-um-marco-na-gestao-do.html>>. Acesso em: 29 maio 2013.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2002.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Ed. Santos, 2002.

NOGUEIRA, R. P. **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. 200p.

_____. Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 87, p. 147- 162, 2006. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESP-UnB/Problemas_gestao_regulacao.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2013.

NOGUEIRA, R., P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. A. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: FALCÃO, A. et al. (Org.). **Observatório de recursos humanos no Brasil: estudos e análises**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. v. 2, p. 81-103.

NUNES, E. F. P. A. et al. **Gestão do processo de trabalho na rede de Atenção Básica de saúde em municípios de pequeno porte da região norte do Paraná**. Londrina: [s.n.], 2010. Projeto de pesquisa cadastrado na Universidade Estadual de Londrina sob n. 6919.

NUNES, E. F. P. A.; CARVALHO, B. G.; SANTINI, M. L. S. **Gestão do processo de trabalho na rede de Atenção Básica de saúde em municípios de pequeno porte da região norte do Paraná: relatório de pesquisa apresentado na Universidade Estadual de Londrina e no CNPq**. Londrina: [s.n.], 2012.

OHIRA, R. H. F. **Caracterização dos gerentes e práticas gerenciais na atenção primária à saúde em municípios de pequeno porte da região norte do Paraná**. 2012. 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)—Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

OLIVEIRA, M. A. C. et al. Globalização e saúde: desafios para a enfermagem em saúde coletiva no limiar do terceiro milênio. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 7, n. 2, ago./dez. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v7n2/02.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2013.

OSBORNE, D.; GAEBLER, T. **Reinventando o governo**: como o espírito empreendedor está transformando o setor público. Brasília: MH Comunicações, 1992.

PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003b.

_____. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 547-573.

_____. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003a. p. 567-586.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Escola de Saúde Pública do Paraná. **Regionais de saúde**. Curitiba, 2012. [Mapa com a Distribuição das 22 Regionais de Saúde do Estado do Paraná]. Disponível em: <<http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2752>>. Acesso em: 30 abr. 2012.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, [São Paulo], v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>> Acesso em: 8 abr. 2014.

_____. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde**: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. 2007. 247 f. Tese (Livre Docência)—Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para o concurso de livre-docência junto ao Departamento de Orientação Profissional

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, c2009. <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>>. Acesso em: 22 mar. 2014.

PEREIRA, C. R. S. et al. Impacto da Estratégia Saúde da família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil

- habitantes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 449-462, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/05.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2014.
- PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S.; BOTAZZO, C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. **Ciência e Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 18, n. 7, p. 2095-2104, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/25.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2014.
- PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 3., 2006, Brasília. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 27- 38, mar. 2006.
- PIMENTEL, F. C. et al. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. S146-S157, 2012. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28s0/15.pdf>> Acesso em 16 ago. 2013.
- PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Ed. Santos, 2000.
- ROCHA, M. M. As cidades periféricas da mesorregião norte central paranaense: os vazios demográficos e o desenvolvimento local. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL, 1., 2004, Rio Claro, SP. **O desenvolvimento local na integração: estratégias, instituições e políticas**. São Paulo: Ed. da UNESP, 2004. v. 1. p. 1-15.
- ROCHA, Marcio Mendes. As cidades periféricas da mesorregião norte central paranaense: os vazios demográficos e o desenvolvimento local. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL "O DESENVOLVIMENTO LOCAL NA INTEGRAÇÃO: ESTRATÉGIAS, INSTITUIÇÕES E POLÍTICAS", 1., 2004, Rio Claro, SP. [**Anais**]... Rio Claro, SP: Ed. da UNESP-Rio Claro, 2004. v. 1. p. 1-15.
- RODRIGUES, A. A. A. O.; ASSIS, M. M. A. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas – Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 29, n. 2, p. 273-285, jul./dez. 2005.
- RODRIGUES, M. R.; CERVANTES, B. M. N. Os mapas conceituais para a visualização de conceitos de áreas do conhecimento em unidades de informação. **Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina, Florianópolis**, v. 18, n. 1, p. 752-776, jan./jun. 2013.
- RONCALLI, A. G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva**. 2000. 238 p. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social)—Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Araçatuba, 2000. Disponível em: <http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/1/3019/1/2000Tese_AngeloRoncalli.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2013.

SANTANA, J. P. (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde**. Brasília: OPAS, 1997.

SANTOS NETO, E. T. et al. Perfil dos cirurgiões-dentistas e a formação de técnicos em saúde bucal na Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 72-81, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_1/artigos/CSC_v20n1_72-81.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2013.

SILVEIRA, F. **A prática da Saúde Bucal nas equipes de saúde da família**. 2011. 151 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública)—Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

SIQUEIRA, M. V. S. **Gestão de pessoas e discurso organizacional**. 2. ed. Curitiba: Juruá, 2009. 246 p.

SOUZA, G. S.; COSTA, E. A. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 15, p. 3329-3340, nov. 2010. Suplemento 3. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a08.pdf>>. Acesso em: 08 de abr. 2014.

SOUZA, R. R. Sistema público de saúde brasileiro. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL “TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS”, 2002, São Paulo. [**Anais**]... Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0149_M.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2013.

SOUZA, T. M.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23 n. 11., p. 2727-2739, nov. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n11/19.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2013.

SPINELLI, S. P. Universidade e sociedade. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S. F. T. (Org.). **Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas**. São Paulo: Ed. UNESP, 1998. p. 221-239.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Tradução de Luciane Oliveira Rocha. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288 p.

THIOLLENT, M. J. M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. 5. ed. São Paulo: Polis, 1987.

TONETTO, H. et al. **Desenvolvimento de equipes**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editor FGV, 2009. 164p.

VASCONCELOS, E. M. O Taylorismo e a construção da medicina das classes populares. **Serviço Social e Sociedade**, [São Paulo], n. 31, p. 56-74, 1989.

- VASCONCELOS, A. F. Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 23-35, jan./mar. 2001. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/v08-1art03.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2013.
- VASCONCELOS, I.; MASCARENHAS, A. O.; PROTIL, R. M. Paradoxos na gestão de pessoas, cultura e contexto em uma cooperativa agro-industrial. **RAE Eletrônica**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 1-19, jan./jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/raeel/v3n1/v3n1a11.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2013.
- VIANA, A. L. A.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/02.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2013.
- VIANA, A. L. A.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 225-264, 2005. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2013.
- VIANA, A. L. A. et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. **Ciências e Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 11, n. 3, p. 262-268, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30976.pdf>> Acesso em: 08 abr. 2014.
- VILLALBA, J. P.; MADUREIRA, P. R.; BARROS, N. F. Perfil profissional do cirurgião-dentista para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 262-268, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2009/v27n3/a012.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2013.
- WARMLING, C. M.; MARZOLA, N. R.; BOTAZZO, C. Da autonomia da boca: práticas curriculares e identidade profissional na emergência do ensino brasileiro da odontologia. **História, Ciência, Saúde –Manguinhos**, v. 19, n. 1, p. 181-195, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v19n1/10.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2014.
- WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 120, n. 6, p.472-482, 1996. [Publicação da Organização Pan-Americana da Saúde].
- ZANETTI, C. H. G. **10 teses sobre Saúde Bucal da Família no SUS**. [S.l.: s.n.], 2000a. Disponível em: <<http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/>>. Acesso em: 14 de ago. 2013.
- _____. **A utilidade como função para universalidade e equidade**: uma análise formal da validade instrumental do ordenamento administrativo federal da assistência à saúde bucal no saúde da família. 2005. 239 f. Tese (Doutorado em

Saúde Pública)—Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

_____. **Por um caminho sustentável para universalização da Atenção Básica:** Saúde Bucal da Família com equidade e integralidade. [S.l.: s.n.], 2000b. Disponível em:
<http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo_amplo/psf_caminho.htm>. Acesso em: 16 ago. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A

QUADROS COM CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS

Quadro 1 – População segundo censo demográfico 2000, cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (ESF), número de equipes na ESF, número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) e tipo (1 e 2) segundo CENES 2010, na área de abrangência da 16ª RS

Município	População	Cobertura ESF (%)	ESF	ESB 1	ESB 2
Bom Sucesso	6.173	100,0	3	2	0
Borrazópolis	9.453	100,0	3	3	0
Califórnia	7.678	100,0	3	3	0
Cambira	6.688	100,0	3	3	0
Faxinal	15.608	100,0	5	5	0
Grandes Rios	7.868	100,0	3	3	0
Jandaia do Sul	19.676	100,0	6	6	0
Kaloré	5.044	100,0	2	2	0
Marilândia do Sul	9.071	100,0	4	0	1
Marumbi	4.612	100,0	2	2	0
Mauá da Serra	6.471	85,0	2	1	0
Novo Itacolomi	2.866	100,0	1	1	0
Rio Bom	3.546	100,0	1	1	0
Sabaúdia	5.413	100,0	2	1	1
São Pedro do Ivaí	9.473	72,1	2	2	0
Total	119.640	-	42	35	2

Quadro 2 – População segundo censo demográfico 2000, cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (ESF), número de equipes na ESF, número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) e tipo (1 e 2) segundo CENES 2010, na área de abrangência da 17ª RS

Município	População	Cobertura ESF (%)	ESF	ESB 1	ESB 2
Alvorada do Sul	9.253	100,0	4	3	1
Assai	18.045	63,3	3	1	0
Bela Vista do Paraíso	15.031	92,1	4	2	2
Cafeara	2.485	100,0	1	0	1
Centenário do Sul	11.817	69,0	3	1	1
Florestópolis	12.190	100,0	4	1	1
Guaraci	4.919	100,0	2	0	2
Jaguapitã	10.932	100,0	4	0	2
Jataizinho	11.327	100,0	4	3	0
Lupionópolis	4.323	100,0	2	1	0
Miraselva	1.961	100,0	1	1	0
Pitangueiras	2.418	100,0	1	1	0
Porecatu	15.881	92,1	4	3	0
Prado Ferreira	3.152	100,0	1	0	1
Primeiro de Maio	10.728	100,0	4	3	1
Sertanópolis	15.147	100,0	5	0	3
Tamarana	9.713	100,0	4	2	0
Total	159.322	-	51	22	15

FONTE: BRASIL (2010b), INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA ([2001?])

Quadro 3 – População segundo censo demográfico 2000, cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (ESF), número de equipes na ESF, número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) e tipo (1 e 2) segundo CENES 2010, na área de abrangência da 18ª RS

Município	População	Cobertura ESF (%)	ESF	ESB 1	ESB 2
Abatiá	8.259	100,0	2	0	1
Congonhinhas	7.851	100,0	3	2	1
Itambaracá	7.090	100,0	2	0	1
Leópolis	4.440	100,0	2	2	0
Nova América da Colina	3.585	100,0	1	1	0
Nova Fátima	8.305	83,7	2	2	0
Nova Santa Bárbara	3.611	97,8	1	1	0
Rancho Alegre *	4.197	0	0	0	0
Ribeirão do Pinhal	14.341	23,4	1	1	0
Santa Amélia	4.407	81,3	1	0	1
Santa Cecília do Pavão	4.064	100,0	2	2	0
Santa Mariana	13.470	82,4	3	1	0
Santo Antônio do Paraíso	2.790	100,0	1	1	0
São Jerônimo da Serra	11.750	100,0	5	2	1
São Sebastião da Amoreira	8.548	100,0	4	2	0
Sapopema	6.872	100,0	3	3	0
Sertaneja	6.521	100,0	2	2	0
Uraí	11.876	100,0	4	4	0
Tota	131.977	-	39	26	5

FONTE: BRASIL (2010b), INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA ([2001?])

*Sem Informação

APÊNDICE B**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Autorização para coleta de dados

Londrina, 02 de julho de 2010.

Ilmo(a) Sr.(^a)

Secretario(a) Municipal de Saúde de _____

Prezado(a) Senhor(a):

Estamos realizando uma pesquisa intitulada: **Gestão do Processo de Trabalho na Rede de Atenção Básica de Saúde em Municípios de Pequeno Porte da Região Norte do Paraná**. Esta pesquisa conta com a participação de docentes e alunos de graduação e pós-graduação da Universidade Estadual de Londrina e de profissionais de 16^a, 17^a e 18^a Regionais de Saúde, e foi aprovada e financiada pela Fundação Araucária.

O objetivo desse estudo é o de analisar a gestão do trabalho na rede de Atenção Básica do SUS em municípios de pequeno porte da Região Norte do Estado do Paraná e oportunizará compreender as fragilidades deste processo, bem como contribuir para o desenvolvimento de tecnologias de gestão em saúde.

Para tanto, solicitamos a autorização de V.S^a., para coletar os dados junto aos profissionais que compõe as equipes de saúde de seu município.

Atenciosamente

Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes
Coordenadora da Pesquisa

Ciente e de acordo:

Secretario(a) Municipal de Saúde de _____

Data: ____/____/____.

APÊNDICE C

QUADRO COM A DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

Quadro 4 – População de estudo identificada mediante consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e visitas às Unidades Básicas de Saúde nos municípios de pequeno porte das 16^a, 17^a e 18^a Regionais de Saúde do Estado do Paraná, 2010.

Regional	Categoria Profissional	CNES	Inclusão	Exclusão	População de Estudo
16 ^a	Dentista	46	6	7	45
	TSB/ASB	42	3	7	38
17 ^a	Dentista	60	1	3	58
	TSB/ASB	70	1	9	62
18 ^a	Dentista	52	7	6	53
	TSB/ASB	42	6	9	39
TOTAL	-	312	24	41	295

APÊNDICE D**Gestão do Processo de Trabalho na Rede de Atenção Básica de Saúde em Municípios de Pequeno Porte da Região Norte do Paraná****Questionário a ser aplicado com os (as) profissionais das equipes de saúde da Atenção Básica dos municípios das Regionais de Saúde**

01.Nome do Município: _____ 02.RS: _____

03. Número da entrevista: _____

04. Data da entrevista: ____/____/____

05. Unidade de Saúde: _____

06. Nome do entrevistado: _____

07. Qual a sua idade? _____

08. Sexo: ()Feminino ()Masculino

09. Escolaridade:

() Ensino fundamental (1º grau) incompleto

() Ensino fundamental (1º grau) completo

() Ensino médio (2º grau) incompleto

() Ensino médio (2º grau) completo

() Superior incompleto

() Superior completo

() Pós graduação

10. Se está estudando curso técnico ou se já concluiu, qual o(s) curso(s)?

11. Se está estudando o curso superior ou se já concluiu, qual o(s) curso(s) de graduação?

12. Se tem pós graduação, assinale qual é informe a área:

() Residência área: _____

() Especialização área: _____

() Mestrado área: _____

() Doutorado área: _____

13. Qual a sua atividade profissional nesta Unidade?

- Auxiliar de enfermagem (1)
 - Técnico de enfermagem (2)
 - Enfermeiro (3)
 - Médico (4)
 - Dentista (5)
 - Técnico de Saúde Bucal (TSB) (6)
 - Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) (7)
 - Agente Comunitário de Saúde (8)
 - Outra categoria profissional (9)_____
14. Se é ACS, fez curso de formação inicial?
- Sim Não
15. Você atua na Equipe do NASF?
- Sim Não
16. Há quanto tempo você trabalha na Atenção Básica ?_____
17. Atualmente você atua na Equipe de Saúde da Família?
- Sim Não
18. Se SIM, há quanto tempo?_____
19. Você ingressou neste emprego por meio de:
- Concurso Público/Teste seletivo
 - Indicação
 - Entrevista
 - Curriculum Vitae
 - Outros (especificar): _____
20. Qual a modalidade de contratação nesta equipe?
- Estatuto do Servidor Público
 - CLT (Carteira de Trabalho - vínculo municipal)
 - Contrato temporário (vínculo municipal)
 - Cargo Comissionado
 - Convenio/terceirizado com associação comunitária,ONG, OSCIP (CLT)
 - Prestação de serviços/Autônomo
 - Cooperativa
 - Contrato Verbal
 - Outros (especificar): _____

21. Qual a sua carga horária semanal contratada:
_____: _____ horas semanais
22. Quantas horas você trabalha por semana nesta unidade?
_____: _____ horas semanais
23. Quanto tempo você leva para chegar ao trabalho?

24. Reside no município que trabalha?
 Sim Não
25. Qual sua remuneração mensal bruta (considerando o salário mínimo federal de R\$ 510,00 reais) pelo seu trabalho nesta equipe no último mês?

26. Está recebendo seu salário “em dia”?
 Sim Não
27. Além de seu salário, o município lhe paga algum outro valor como incentivo (incentivo PSF, cesta básica, insalubridade, produtividade, etc)?
 Sim Não Não sei
28. Tem Plano de Carreira Cargos e Salários (PCCS) na instituição?
 Sim Não Não sei
29. Quantos vínculos de trabalho tem atualmente?
 1 2 3 4 ou mais
30. Se mais de 1, quais os outros?

APÊNDICE E

Gestão do Processo de Trabalho na Rede de Atenção Básica de Saúde em Municípios de Pequeno Porte da Região Norte do Paraná

Questionário a ser aplicado com os (as) coordenadores(as) de UBS dos municípios das Regionais de Saúde

01. Nome do Município: _____ 02. RS: _____
03. Número da entrevista: _____ 04. Data da entrevista: ____/____/____
05. Unidade de Saúde: _____
06. Nome do entrevistado: _____
07. Qual a sua idade? _____
08. Sexo: () Feminino () Masculino
09. Escolaridade:
- () Ensino fundamental (1º grau) incompleto
- () Ensino fundamental (1º grau) completo
- () Ensino médio (2º grau) incompleto
- () Ensino médio (2º grau) completo
- () Superior incompleto
- () Superior completo
- () Pós graduação
10. Se está estudando o curso superior ou se já concluiu, qual o(s) curso(s) de graduação? _____
11. Se tem pós graduação, assinale qual e informe a área:
- () Residência área: _____
- () Especialização área: _____
- () Mestrado área: _____
- () Doutorado área: _____
12. A quanto tempo concluiu a formação de maior titulação?
- _____
13. Qual a sua carga horária de trabalho semanal total?
- 13a. Tempo de atuação profissional na área:
- _____
14. Tempo que atua na Atenção Básica :
- _____

15. Tipo de vínculo funcional:

() Funcionário público (estatutário)

() CLT (vínculo com município)

() CLT (vínculo terceirizado com ONG / OSCIP / associação)

() Prestação de serviços (sem contrato formal de trabalho)

() outro _____

16. Carga Horária semanal nesta unidade:

17. Possui outro vínculo de trabalho?

() Sim () Não

18. Se SIM, especificar

- Função _____

- Instituição _____

- Carga horária semanal _____

- Tipo de vínculo _____

19. Você está inserido na Equipe de Saúde da Família?

() Sim () Não

20. Se SIM, há quanto tempo?

21. Além da função de gerente/coordenador, exerce outra função na UBS?

() Sim () Não

Se sim, qual(is) : _____

22. Há quanto tempo atua como gerente / coordenador nesta Unidade de Saúde:

23. Como foi a indicação para o cargo de gerente / coordenador?

() Indicado(a) pelo Secretário / Diretor de Saúde

() Indicado(a) pelos trabalhadores da Unidade.

() De outra maneira _____

24. Já atuou como gerente/coordenador em outra Unidade?

() Sim () Não

25. Se SIM, por quanto tempo?

26. Você fez algum curso que o preparou para o desempenho da função gerencial?

() Sim () Não

27. Se SIM,

Curso _____

Instituição _____

28. Você realiza reunião com a equipe da Unidade de Saúde?

() Sim () Não

29. Se SIM,

() participação de todos os trabalhadores

() participação de representantes

30. Qual a periodicidade? _____

31. Conhece os Indicadores de Saúde do seu Território do ano de 2009?

() Sim () Não

Se SIM, cite os indicadores de saúde de seu território que acompanha

32. Conhece a pactuação de metas e Indicadores de Saúde do Município?

() Sim () Não

33. Se SIM, discutiu esses indicadores com os trabalhadores da unidade de Saúde?

() Sim () Não

34. Realiza planejamento de ações/serviços? () Sim () Não

Se SIM, cite as ações planejadas e descreva como realizou o planejamento de uma atividade realizada no ano em curso, quem participou do plano, como foi desenvolvido?

35. Realiza avaliação de ações/serviços? () Sim () Não

36. Se SIM, especifique para qual (is) ações/serviços realiza avaliação?

37. Se SIM, como faz?

38. Periodicidade com que realiza a atividade de avaliação desses serviços/ações?

39. Quais fontes de informação utiliza para o planejamento e avaliação das ações e serviços?

SIAB SIA SIM SINASC HIPERDIA SISPRENATAL

Relatório e registros próprios da UBS / Prefeitura Outros: _____

40. Você realiza avaliação dos trabalhadores de saúde da sua equipe de saúde?

Sim Não

41. Se SIM, como faz?

42. Quem participa?

43. Qual a periodicidade? _____

44. Realiza ações de Educação Permanente com os trabalhadores da UBS?

Sim Não

Se SIM, descreva uma atividade desenvolvida?

45. Reunião com a comunidade: Sim Não

46. Se SIM, qual o objetivo da reunião? _____

Qual a periodicidade? _____

47. Na UBS que coordena tem serviço odontológico? Sim Não

48. Quem coordena o serviço odontológico? () o próprio gerente da UBS
() dentista () outro profissional _____ () não tem coordenador
49. O serviço odontológico atende Equipe Saúde da Família (ESF)?
() Sim () Não
50. Qual a relação Equipe Saúde Bucal (ESB)/Equipe Saúde da Família (ESF)?
() 1 ESB : 2 ESF () 1 ESB : 1 ESF () outra _____
51. O serviço odontológico oferece rotineiramente alguma assistência clínica odontológica na forma de tratamento completado (TC - alta clínica após, no mínimo, realização dos procedimentos cirúrgicos menores e restaurações em resina, amálgama e ionômero de vidro, atividades preventivas, atividades educativas)? Seja para qualquer população-alvo: gestantes, crianças, hipertensos, etc.:
() Sim () Não
52. É feito o registro do TC? () Sim () Não
53. Se SIM, Como? () Caderno de atividades () Relatório de produção
() Na agenda () Somente no prontuário do paciente () Outro _____
54. Com que frequência é feito o registro de produção pela ESB?
() diário () semanal () mensal
55. O serviço odontológico tem protocolo ou manual de rotinas de atendimento?
() Sim () Não

APÊNDICE F

Termo de consentimento livre e esclarecido

PESQUISA “Gestão do Processo de Trabalho na Rede de Atenção Básica de Saúde em Municípios de Pequeno Porte da Região Norte do Paraná”

Você está sendo convidado a participar como voluntário em uma pesquisa sobre a “Gestão do Processo de Trabalho na Rede de Atenção Básica de Saúde em Municípios de Pequeno Porte da Região Norte do Paraná”, que tem como objetivo Analisar a gestão do trabalho na rede de Atenção Básica do SUS em municípios de pequeno porte da região norte do Estado do Paraná. Trata-se de um estudo investigativo e é referente a projeto de pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (UEL). No caso de aceitar fazer parte da mesma, você deverá responder a um questionário/e ou grupo focal, que não terá sua identificação, e não lhe trará qualquer custo financeiro.

Sua participação será de grande valor para melhor entendimento do perfil e das condições de trabalho dos profissionais das Equipes de Saúde da Família. Gostaríamos de acrescentar que você terá todas as suas dúvidas esclarecidas, bem como o sigilo das informações garantido e que também poderá desistir de participar da pesquisa no momento que ler o questionário e se sentir constrangido com alguma de suas questões. As conclusões que resultarão desta pesquisa serão apresentadas em instancias públicas como congressos, periódicos e afins garantindo o anonimato dos entrevistados. Em caso de dúvidas, você poderá esclarecê-las com as entrevistadoras nos telefones (43) 33712398, docente Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes, em horário comercial, ou contatar com o Comitê de Ética em Pesquisa através do telefone (43)3371-2490, às quintas feiras, no período matutino. Você tem a liberdade de aceitar ou não responder ao questionário ou a quaisquer questões que lhe constriam.

Eu _____ de
claro que, após conveniente esclarecimento pelas pesquisadoras responsáveis e de ter compreendido com clareza suas finalidades, procedimentos metodológicos e o destino final das informações recolhidas, consinto em participar livremente do estudo a que se refere este consentimento informado.

_____, _____, _____ de 2009.

Enf. Dr^a Elisabete Fátima Polo Almeida Nunes

Pesquisado

APÊNDICE G

ROTEIRO DE COLETA DE DADOS DO GRUPO FOCAL

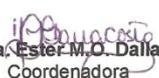
Apresentação dos participantes: nome, unidade que gerencia, há quanto tempo, como você se tornou gerente desta unidade?);
Como acontece a gerência dos trabalhadores da unidade (e dos profissionais da odontologia)?

1. O que você faz no cotidiano do trabalho da coordenação (explorar objetivos e finalidade do trabalho da coordenação, para que ele faz este trabalho - necessidades dos usuários e da população do território, necessidades dos trabalhadores, gestor e políticas públicas);
2. Que estratégias/instrumentos utiliza na condução do trabalho gerencial? (planejamento, avaliação, pactuação de metas, organização de ações e programas, sistemas de informações e indicadores de saúde)?
3. Como é a interação com os trabalhadores? (Quais os instrumentos e estratégias utilizadas? - dar exemplos: reunião com equipe, colegiado, espaços informais – cozinha, corredor, entre outros). Os problemas do trabalho são discutidos com os trabalhadores? De que forma? Como são tomadas as decisões sobre o funcionamento de ações e serviços que a UBS oferece? Como os trabalhadores são informados sobre mudanças, rotinas da UBS? E com a equipe de saúde bucal?
4. Quais as dificuldades existentes no desenvolvimento do trabalho do coordenador?

ANEXO



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná
 Registro CONEP 268

Parecer PF Nº 232/09 CAAE Nº 4255.0.000.268-09 FOLHA DE ROSTO Nº 294977	Londrina, 09 de fevereiro de 2010.
PESQUISADORA: ELISABETE DE FÁTIMA PÓLO DE ALMEIDA NUNES CCS/NESCO	
<p>Prezada Senhora:</p> <p>O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" (Registro CONEP 268)– de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:</p> <p align="center">“GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA REGIÃO NORTE DO PARANÁ”</p>	
<p>Situação do Projeto: APROVADO</p> <p>Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.</p>	
<p align="center">Atenciosamente,</p> <p align="center">  Profª. Dra. Ester M. O. Dalla Costa Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa-CEP/UEL </p>	