

As unidades do Estado estão subordinadas à Diretoria Regional da Secretaria Estadual de Saúde; as unidades da Fundação Nacional de Saúde à respectiva Coordenação Regional; as unidades do município à Secretaria Municipal de Saúde. Não existe articulação entre os dirigentes que desconhecem os serviços prestados pelas outras unidades. Não existe nenhum tipo de definição da população que é atendida pelos diversos serviços.

Com base nas discussões anteriores, analisar:

- a) sob quais aspectos o sistema de saúde acima descrito apresenta discordância com os princípios do Sistema Único de Saúde?
- b) que problemas esta forma de organização de serviços pode trazer para a população?

Registrar as respostas.

11 - Apresentação dos resultados das discussões anteriores.

(11) Acompanhar a apresentação, reforçando com o grupo os princípios da regionalização, hierarquização, descentralização e adscrição de clientela.

12 - Como está o processo de municipalização no seu município?

(12) Trabalhar com todo o grupo, estimulando o relato dos alunos.

13 - Leitura do texto:

“O Processo de Municipalização da Saúde”.

(13) Utilizar o texto 03 da Área IV. Trabalhar com pequenos grupos.

14 - Discussão referente à leitura realizada.

(14) Trabalhar com todo o grupo, estimulando a discussão.

15 - Refletir acerca da seguinte situação:

(15) Trabalhar com pequenos grupos, solicitando aos alunos que registrem as respostas.

O prefeito do município de Canabrava com 10.000 habitantes, atendendo a promessas de campanha, construiu em sua cidade:

- ⇒ 01 hospital com 50 leitos, oferecendo internação em casos de parto e pediatria;
- 01 centro de saúde, oferecendo consultas médicas (ginecologia, pediatria e clínica médica) e vacinação.

Após um ano de funcionamento, verificou-se que apenas 20% dos leitos eram ocupados e o centro de saúde tinha uma frequência muito pequena (50 atendimentos por mês). Analisando-se a situação, descobriu-se que a população buscava assistência no Hospital Regional do município vizinho, mais bem equipado, com atividades básicas, cirurgias, raio X, laboratório e atendimento de urgências odontológicas.

Analisar a situação e refletir sobre as seguintes questões:

- a) por que os projetos da prefeitura não deram bons resultados?

b) o que deveria ter sido feito antes de implantar as unidades de saúde?

16 - Apresentação e sistematização dos resultados da discussão anterior.

(16) Encaminhar a discussão ajudando o grupo a identificar a inexistência de dados que permitam realizar a análise do quadro de saúde desta população. Ajudar também a compreender a importância desta análise como parte do processo de planejamento.

17 - Discutir meios de obter dados sobre a situação de saúde-doença de uma população.

(17) Trabalhar com todo o grupo estimulando a discussão sobre os meios de se obter informações: levantamentos sócio-epidemiológicos, registros, pesquisas junto à população, etc.. Concluir com o grupo acerca da importância do conhecimento, descrição e explicação dos problemas de saúde, como forma de orientar o planejamento das ações.

18 - Leitura e discussão do texto:
"Planejamento Local em Saúde".

(18) Utilizar o texto 04 da Área IV. Realizar a atividade em pequenos grupos e posteriormente a discussão com todo o grupo.

Primeira Unidade

CONCENTRAÇÃO

SEQÜÊNCIA DE ATIVIDADES	ORIENTAÇÃO PARA O INSTRUTOR
III	III
1 - Discutir as seguintes questões:	(1) Estimular o grupo no relato de experiências vivenciadas ou conhecidas. Apoiar o grupo na identificação e análise das formas de participação da população. Avaliar a percepção dos alunos sobre a questão.
a) qual a participação de sua comunidade na discussão sobre as questões de saúde e como ela interfere na prestação de serviços?	
b) é importante a participação da população? Por quê?	
2 - Analisar as seguintes situações:	(2) Trabalhar com pequenos grupos.
a) A comunidade "A", situada em região rural, com condições de vida e assistência à saúde precárias, não tinha tradição de organização popular para enfrentar seus problemas. Os profissionais de saúde de instituições públicas da região, decididos a implementar um projeto de saúde que viesse a melhorar as condições sanitárias, e convencidos da importância da participação comunitária para o êxito do projeto, adotaram como estratégia treinar voluntários da comunidade para desenvolver ações simplificadas de atenção à saúde, bem como para atuar como agentes mobilizadores da participação popular, visando desenvolver graus de consciência e de organização suficientes para mudar suas condições de vida. Estes agentes não receberiam remuneração pelos serviços prestados.	

- b) A comunidade “B”, situada na periferia de um grande centro urbano, através das Associações de Moradores, organizou uma manifestação para protestar contra as condições de atendimento da unidade local de saúde. Diante desta situação a chefia da unidade resolveu criar uma comissão composta predominantemente de representantes da comunidade, confiando à mesma a tarefa de reorganizar o funcionamento dos serviços, incluindo a redefinição de prioridades, normas técnicas, política de pessoal, etc..

Pede-se ao grupo:

- a) identificar em que diferem as duas situações relatadas, no que diz respeito às características das comunidades e da participação popular;
- b) identificar em cada uma o papel exercido pelo Estado (através das instituições oficiais de saúde e seus funcionários) e o papel da sociedade;
- c) discutir as possibilidades de contribuição das duas situações aqui descritas para a melhoria dos serviços de saúde e desenvolvimento da própria comunidade.

Registrar respostas.

- 3 - Apresentação dos resultados das discussões do item anterior.

- (3) Ajudar o grupo a analisar as duas situações descritas, identificando, no primeiro caso, a utilização da comunidade para execução de atividades que são de responsabilidade das instituições de saúde (Estado); e no segundo caso, a transferência de responsabilidade

técnica para a população que não está instrumentalizada para exercê-la e não é de sua responsabilidade. Discutir os possíveis resultados que podem ser obtidos de tais abordagens de participação popular e os conseqüentes reflexos na prestação de serviços.

Ressaltar a importância da participação da população na indicação de suas necessidades em relação à prestação de serviços, de estar informada pelas instituições das ações desenvolvidas e de seu papel na fiscalização destas ações. Distinguir os diferentes papéis desempenhados pelo Estado e sociedade, e as possíveis conseqüências da inversão destes papéis. Alertar ainda para situações em que, a pretexto de promover a participação popular, a população é utilizada apenas para legitimar as propostas apresentadas pelo grupo que representa o poder institucional.

4 - Com base nas discussões anteriores, discutir a seguinte questão:

⇒ na lei que regulamenta o Sistema Único de Saúde, como está previsto o Conselho Municipal de Saúde?

(4) Ajudar a analisar na Lei Orgânica do Município (Capítulo da Saúde), as atribuições definidas para o Conselho, identificando seu papel e o canal que representa para a participação da população nas questões referentes à saúde.

Primeira Unidade

DISPERSÃO

SEQÜÊNCIA DE ATIVIDADES

ORIENTAÇÃO PARA O INSTRUTOR

1 - Analisar como está organizada a prestação de serviços de saúde, no seu local de trabalho. Abordar:

(1) Orientar os alunos na forma de obter e analisar as informações.

⇒ sua subordinação administrativa;

⇒ profissionais que prestam assistência e as atividades que desenvolvem;

⇒ adequação do espaço físico em relação às atividades que nele são desenvolvidas;

⇒ articulação entre as áreas profissionais;

⇒ como se relaciona com a população;

⇒ sistema de referência e contra-referência;

⇒ papel da gerência local.

2 - Identificar quais são as fontes de financiamento destinadas para o setor saúde em seu município.

(2) Utilizar o Capítulo de Saúde da Constituição Federal, a Lei Orgânica da Saúde, a Lei Orgânica do Município e a NOB-SUS 01-1993 e NOB 1996 para subsidiar o trabalho de pesquisa.

3 - Identificar como atua o Conselho Municipal de Saúde, no seu município.

(3) Se possível, realizar contatos com o Conselho Municipal de Saúde e discutir sua atuação. Analisar como as questões de saúde bucal são contempladas no Conselho Municipal de Saúde.

4 - Com base nos conhecimentos adquiridos nesta unidade, elaborar um texto com o tema: Como está a municipalização em minha cidade?

(4) Orientar a atividade.

FICHA DE AVALIAÇÃO NO PROCESSO
“ANALISANDO E ATUANDO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE”
REGISTRO DE FATOS

NOME DO ALUNO: ÁREA IV - PRIMEIRA UNIDADE		ESCOLA / CENTRO FORMADOR: ESTADO:	
DATA	DESCRIÇÃO	ENTREVISTAS	

SEGUNDA UNIDADE

Segunda Unidade

PROPÓSITO:

Analisar a coletivização do trabalho em saúde com diferentes especificidades. Identificar o conjunto de ações que caracterizam o serviço de odontologia desenvolvido na unidade de saúde, com base na análise do conceito de “assistência odontológica”. Pretende, ainda, identificar os elementos básicos de um modelo de atenção em saúde bucal que atenda às necessidades da população.

OBJETIVOS:

1. Discutir as características do processo de trabalho em saúde.
2. Distinguir a natureza das diferentes ações que constituem o serviço de odontologia.
3. Descrever a composição da equipe de trabalho odontológico.
4. Realizar a programação do trabalho de odontologia que integra a programação global da unidade.
5. Fazer previsão de material e de outras condições necessárias à realização do trabalho odontológico.
6. Discutir a importância dos registros e relatórios como instrumentos de acompanhamento e avaliação.

Segunda Unidade

CONCENTRAÇÃO

SEQÜÊNCIA DE ATIVIDADES

I

1 - Apresentação da atividade de dispersão referente à Primeira Unidade.

2 - Discutir a seguinte questão:

⇒ quais as características do trabalho em saúde?

3 - Discutir as seguintes questões:

a) como está organizado o processo de trabalho da odontologia?

b) que categorias de trabalhadores participam deste trabalho?

ORIENTAÇÃO PARA O INSTRUTOR

I

(1) Organizar a atividade.

(2) Trabalhar com todo o grupo. Retomar as discussões da Área I, Segunda Unidade, Seqüência I (conceito de trabalho) e ajudar o grupo na identificação das características do processo de trabalho de saúde:

⇒ trabalho coletivo;

⇒ divisão técnica (vertical e horizontal);

⇒ diferentes especificidades;

⇒ diferentes naturezas das atividades (atividades meio e atividades fim);

⇒ elementos que compõem o processo de trabalho: força de trabalho e meios de trabalho (instrumentos, tecnologia, espaço físico).

(3) Trabalhar com pequenos grupos.

- c) como explicar a existência de diferentes categorias na assistência odontológica?

Registrar as respostas.

- 4 - Apresentação e discussão dos resultados da atividade do item anterior:
- (4) Acompanhar as apresentações e ajudar o grupo a analisar a organização do processo de trabalho na odontologia, destacando a divisão técnica deste trabalho (divisão vertical: CD, THD, TPD, ACD, APD) como parte da divisão técnica do trabalho em saúde (divisão horizontal: médico, dentista, enfermeira, fisioterapeuta, etc.). Discutir como o fracionamento do trabalho pode dificultar a compreensão, pelos trabalhadores, da globalidade da assistência, discutindo as formas de superação deste problema. Refletir, também, acerca dos possíveis determinantes da divisão técnica do trabalho odontológico (oferta X demanda, modelo assistencial, produtividade, outros).
- 5 - Montar um quadro associando:
- (5) Trabalhar com pequenos grupos.
- ⇒ atividades de odontologia desenvolvidas no seu local de trabalho;
 - ⇒ natureza das atividades (assistencial, administrativa e educativa);
 - ⇒ categorias profissionais que as realizam.

6 - Apresentação dos resultados da atividade anterior.

(6) Acompanhar a apresentação.

7 - Leitura do texto:

“Trabalho e Profissionalização das Categorias Auxiliares em Odontologia”.

(7) Utilizar o texto 05 da Área IV. Sugere-se a divisão do texto em partes com a leitura em pequenos grupos, realizando posteriormente a discussão relativa a cada parte, com todo o grupo.

Segunda Unidade

CONCENTRAÇÃO

SEQÜÊNCIA DE ATIVIDADES	ORIENTAÇÃO PARA O INSTRUTOR
<p style="text-align: center;">II</p> <p>1 - Com base nas discussões da seqüência anterior, analisar:</p> <p>a) o que é assistência odontológica?</p> <p>b) a assistência odontológica prestada no seu local de trabalho satisfaz às necessidades da população? Por quê?</p> <p>2 - Refletir acerca da seguinte situação:</p> <p>Uma família moradora na zona rural, aproveitando um dia de feira no município mais próximo, procurou uma unidade de saúde buscando atendimento odontológico, com as seguintes demandas:</p> <p>⇒ mulher grávida com dor de dente;</p> <p>⇒ uma adolescente de treze anos com abcesso nos dentes 11 e 12;</p> <p>⇒ criança de um ano com cárie aguda em vários dentes.</p>	<p style="text-align: center;">II</p> <p>(1) Trabalhar com todo o grupo. Durante as discussões enfatizar que a assistência odontológica é parte da assistência à saúde, realizada por diferentes categorias profissionais. Chegar ao conceito de assistência odontológica.</p> <p>(2) Trabalhar com pequenos grupos.</p>

Chegando lá, foram informados que somente o adolescente poderia ser atendido na urgência, para extração dos dentes, uma vez que a unidade não dispunha de condições para outro tipo de atendimento. A mulher grávida precisaria de atestado médico antes de receber qualquer tipo de intervenção e, infelizmente, o médico já tinha ido embora. Com relação à criança, não haveria nada que a unidade pudesse fazer.

Discutir:

- a) que problemas esta família enfrenta para ter acesso ao serviço de saúde;
- b) que direitos não estão sendo assegurados a esta família?

3 - Apresentação e discussão referente à atividade do item anterior.

- (3) Orientar a discussão ajudando os alunos na identificação dos problemas que a família enfrenta para ter acesso ao serviço de saúde, enfatizando os princípios de acessibilidade, equidade, integralidade e resolubilidade que devem ser observados na organização do Sistema Local de Saúde.

4 - Debater:

- a) na sua opinião, que dificuldades a saúde bucal enfrenta para garantir o modelo assistencial proposto pelo Sistema Único de Saúde?
- b) o que poderia ser realizado para a superação destes problemas?

- (4) Trabalhar com pequenos grupos, solicitando que registrem as respostas.

- 5 - Apresentação dos resultados das discussões anteriores.
- (5) Trabalhar com todo o grupo. Durante as discussões, caracterizar com os alunos as possibilidades e limites de ação do nível local, na superação dos problemas levantados.
- 6 - Leitura do texto:
"Princípios para a Organização dos Serviços de Saúde Bucal".
- (6) Utilizar o texto 06 da Área IV. Promover a atividade de leitura em pequenos grupos e posteriormente a discussão com todo o grupo.
Se possível, convidar um apoio técnico para acompanhar as discussões e esclarecer dúvidas.
- 7 - Refletir sobre a seguinte situação:
- Uma unidade de saúde, situada na periferia de uma grande cidade, desenvolve um trabalho de atenção básica de saúde, incluindo ações de saúde bucal.
- A clínica odontológica existente possui 3 equipamentos, onde trabalham um CD, um ACD e 2 THD's.
- atendimento odontológico consta de ações preventivas estendidas a toda população adscrita à unidade, e tratamento cirúrgico-restaurador para a faixa etária de 06 a 14 anos, conforme deliberado pelo planejamento local.
- Contudo, a equipe odontológica encontrou sérias dificuldades para a operacionalização do trabalho:
- ⇒ faltou material de consumo;
- ⇒ instrumental insuficiente;
- (7) Trabalhar com pequenos grupos, solicitando que registrem as respostas.

⇒ afastamento da CD por licença de gestação sem haver substituição;

⇒ defeitos freqüentes nos equipamentos.

Discutir:

a) por que ocorreram tantos problemas?

b) o que é necessário para garantir a realização de uma programação de odontologia?

8 - Apresentação dos resultados das discussões anteriores.

(8) Ajudar os alunos a refletir sobre a situação identificando as causas dos problemas ocorridos. Levar o grupo a identificar os recursos materiais e humanos necessários à operacionalização de uma programação.

9 - Leitura do texto:
"Administração dos Serviços Locais de Saúde Bucal".

(9) Utilizar o texto 07 da Área IV. Sugere-se a leitura comentada com todo o grupo.

Segunda Unidade

CONCENTRAÇÃO

SEQÜÊNCIA DE ATIVIDADES	ORIENTAÇÃO PARA O INSTRUTOR
III	III
<p>1 - Analisar os seguintes processos de trabalho:</p> <p>⇒ o dentista particular no seu consultório atendendo a sua clientela;</p> <p>⇒ uma unidade de saúde com sua equipe multiprofissional atendendo a população de sua área de abrangência.</p> <p>Discutir:</p> <p>a) em que esses processos são diferentes?</p> <p>b) em qual dos dois a gerência é necessária? Por quê?</p>	<p>(1) Ajudar o grupo a estabelecer as diferenças entre o trabalho autônomo e o trabalho institucional.</p> <p>⇒ Identificar a gerência como uma função necessária para controle e coordenação do processo de trabalho nas instituições.</p>
<p>2 - Discutir as seguintes questões:</p> <p>a) qual o profissional responsável pela gerência no seu trabalho?</p> <p>b) descrever e analisar como se dá o processo de gerência em sua unidade?</p>	<p>(2) Analisar o processo de gerência que vem sendo desenvolvido nos serviços. Levar os alunos a distinguir a natureza das diferentes atividades desenvolvidas pela gerência (coordenação, controle, avaliação, ação pedagógica), identificando-a como uma ação cujo objetivo é contribuir para dar qualidade à assistência.</p>

- 3 - Sistematizar as discussões dos itens 1 e 2.
- (3) Ajudar o grupo na sistematização, destacando a importância da gerência, identificando a natureza das ações nela contida.
- 4 - Leitura e discussão do texto
“Gerenciamento e Avaliação dos Serviços de Saúde”.
- (4) Utilizar o texto 08 da Área IV. Se possível, solicitar algum gerente de unidade para participar das discussões dos itens 3 e 4.

Segunda Unidade

DISPERSÃO

SEQÜÊNCIA DE ATIVIDADES

- 1 - No seu local de trabalho, realizar estudos abordando a inserção da odontologia no SUS e como se dá a participação popular nesse processo. Apresentar as conclusões por escrito e discutí-las em forma de seminário.

ORIENTAÇÃO PARA O INSTRUTOR

- (1) Orientar os alunos na forma de coleta e organização dos dados. Se possível solicitar a participação de coordenadores de saúde bucal nas discussões do seminário.

FICHA DE AVALIAÇÃO NO PROCESSO
“ANALISANDO E ATUANDO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE”
REGISTRO DE FATOS

NOME DO ALUNO: ÁREA IV - SEGUNDA UNIDADE		ESCOLA / CENTRO FORMADOR: ESTADO:
DATA	DESCRIÇÃO	ENTREVISTAS

FICHA DE AVALIAÇÃO NO PROCESSO
“ANALISANDO E ATUANDO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE”
REQUISIÇÃO DE MATERIAL

DISCRIMINAÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE PEDIDA	QUANTIDADE ENTREGUE

240

Assinatura

Data:

Data:

FICHA DE AVALIAÇÃO NO PROCESSO
“ANALISANDO E ATUANDO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE”
CONTROLE DE ESTOQUE

NOME DO MATERIAL	ENTRADA	DATA	SAÍDA	DATA	QUANTIDADE ESTOQUE

FICHA DE AVALIAÇÃO NO PROCESSO
“ANALISANDO E ATUANDO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE”
DEVOLUÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE
MOTIVO DA DEVOLUÇÃO		
Data	Assinatura	

Observação:

- a) Esta ficha é o resultado globalizante de todas as avaliações de processo realizadas durante as Unidades Didáticas da Área Curricular IV e representa a competência final expressa em conhecimentos, habilidades e atitudes.

- b) Esta ficha é a que deverá ser encaminhada à Secretaria Escolar da Escola Técnica de Saúde e/ou Centro Formador, para fins de composição do histórico escolar do aluno.

ÁREA IV

**ANALISANDO E ATUANDO NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

TEXTOS DE APOIO

Texto 01

A REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL

Marcos Azeredo Furkim Werneck ()*

Introdução

A história das políticas sociais no Brasil, no século XX, caracteriza-se pela existência de ações e serviços que refletem uma postura clara do Estado de preferência pela “saúde da economia”, em detrimento da “saúde da população”.

Assim, do início do século até o final dos anos 70, foi construída uma política social onde... *“os direitos sociais eram negociados como privilégios de certos grupos”*... da população. Dentre estes “direitos sociais” encontrava-se o acesso às ações e aos serviços de saúde e, os “certos grupos” da população referiam-se apenas àquelas pessoas (e seus dependentes) formalmente ligadas ao processo de trabalho - empregadores e empregados que contribuíam mensalmente para a previdência social. Portanto, quem não estivesse formalmente empregado não estava coberto pelas políticas de saúde e não tinha seus direitos sociais reconhecidos. Para estas pessoas, segundo NETO... *“só se pagassem ou se sobrasse dinheiro para o Ministério da Saúde, os Hospitais Universitários e os Governos Estaduais e Municipais fazerem algum atendimento”*. Estas pessoas geralmente “não tinham INPS” e eram consideradas como carentes ou indigentes.

Os setores da economia, como por exemplo o comércio, a indústria, a agropecuária e a burocracia do Estado, sempre foram considerados muito importantes para o desenvolvimento econômico do país. Por isso, era fundamental que seus trabalhadores gozassem das condições mínimas de saúde a fim de exercerem suas atividades no trabalho.

Estes aspectos nos revelam três características básicas do sistema de saúde:

(*) Cirurgião-Dentista; Professor Adjunto da Faculdade de Odontologia da UFMG; Doutor em Odontologia Social; Coordenador do Mestrado em Odontologia – Área de Concentração em Saúde Coletiva da FOUFG.

- a) **excludente**: muitas pessoas ficaram excluídas do atendimento à saúde;
- b) **socialmente desigual**: as desigualdades de direitos entre empregados e não empregados ficavam mantidas;
- c) **de escassos recursos**: os recursos financeiros eram insuficientes e provinham, principalmente, das contribuições mensais de empregados e empregadores que, juntos, eram responsáveis pela maior parte do total aplicado no setor.

Além destas características, o avanço da microbiologia e o surgimento das especialidades médicas contribuíram para o crescimento das indústrias de medicamentos e equipamentos. Tudo isto influenciou bastante a organização da assistência à saúde: as ações coletivas de saúde pública (campanhas de vacinação e educação) foram perdendo espaço, e aos poucos, foram sendo adotadas ações de caráter individual. As especialidades médicas e o médico especialista foram se tornando muito mais importantes do que a clínica geral e do que as ações básicas de saúde. Este modelo de prática incorporou equipamentos altamente sofisticados e de custos cada vez mais altos. Sua prática se deu, preferencialmente, em ambiente hospitalar, defendendo a idéia de que o hospital era o local de maior segurança e confiabilidade para os tratamentos médicos. Estes fatos deram início ao crescimento do setor hospitalar privado no Brasil. O setor privado, composto basicamente pelas indústrias de equipamentos e medicamentos, pelo hospital e pela medicina de grupo, passou a exercer grande influência na organização do modelo de atenção em saúde.

Neste cenário, o Estado assumiu o comando da seguridade social. Em 1965 criou o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS e de forma centralizada, passou a gerir o modelo assistencial. Para isso, contava com os recursos financeiros captados a partir das corporações de trabalhadores contribuintes. Após 1964, ao invés de procurar expandir sua própria rede hospitalar, o Estado passou a utilizar os recursos da seguridade social para financiar o crescimento do setor privado: criou fundos que propiciaram a construção de inúmeros hospitais e, em seguida, credenciou-os a atender a população previdenciária. Em pouco tempo, o setor privado ficou tão forte que passou a ocupar importantes espaços políticos como o Congresso Nacional (elegendo deputados e senadores), Assembleias Legislativas e Câmaras de Vereadores, além de ocupar cargos estratégicos no setor de saúde. Desta forma, os interesses e o crescimento do setor privado foram preservados pelas políticas de

saúde implantadas a partir de então. Estes interesses estavam muito mais voltados para a comercialização da saúde e para o lucro, do que para as necessidades da população.

Assim, mesmo aumentando o número de contribuintes (profissionais liberais, empregados domésticos e trabalhadores rurais) para fazer crescer a arrecadação dos recursos da previdência, o modelo médico-assistencial manteve sua característica de excludência e aumentou ainda mais o repasse de recursos públicos para o setor privado. “Não havia interesse em que o serviço público funcionasse e, para favorecer os serviços privados, os hospitais, ambulatórios e centros de saúde públicos começaram a piorar”.

Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS com uma extraordinária arrecadação mensal. A criação do MPAS e o surgimento no seu interior, do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS, consolidaram a divisão das ações estatais no setor saúde: ao Ministério da Saúde - MS, com poucas verbas, couberam ações preventivo-coletivas e nada lucrativas; ao MPAS coube a responsabilidade pela assistência médica e toda a arrecadação em função dela existente.

Na década de 70, o crescimento político e econômico do setor privado gerou um enorme repasse de recursos para ele mesmo, onerando em muito o setor público. Além disso, outros fatores contribuíram para que surgisse uma forte crise no setor de saúde:

- a) o Estado utilizou recursos da previdência para outros fins, contribuindo para aumentar a falência financeira, administrativa e gerencial do sistema nacional de saúde;
- b) os programas de saúde eram planejados de forma centralizada, (diretamente de Brasília para o restante do país). Não era permitido aos estados e municípios qualquer forma de participação nas decisões, formulações e avaliações dos mesmos;
- c) a inadequação e o baixo impacto dos programas de saúde junto à população contribuíram para o aumento do número de doentes, para o reaparecimento de doenças já erradicadas e para uma grande insatisfação dos usuários;

- d) na vigência deste modelo altamente centralizado não havia possibilidade de participação da sociedade, principalmente nas decisões sobre a destinação e o uso dos recursos financeiros;
- e) o final do chamado “Milagre Brasileiro”* demonstrou a fragilidade de um sistema de saúde que dependia principalmente da contribuição de empregadores e de empregados (uma vez que caíram a qualidade e os níveis de emprego);
- f) a crise do “Milagre” mostrou que o modelo de desenvolvimento brasileiro era concentrador de renda, não distribuía benefícios sociais e priorizava interesses particulares. Este modelo de desenvolvimento provocou uma acelerada queda na qualidade de vida da população brasileira em geral, acentuando as diferenças sociais e agravando o quadro sanitário no país.

Em 1978, a Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata discutiu e divulgou para o mundo a gravidade do quadro sanitário dos países em desenvolvimento e a necessidade de revertê-lo. Esta Conferência propôs como estratégia para a superação destes problemas, a adoção dos cuidados básicos (ou primários) de saúde, a utilização de recursos humanos de níveis elementar e médio e o incentivo ao desenvolvimento de tecnologias apropriadas à realidade de cada local. Estabeleceu, também, metas de melhoria deste quadro através de um programa denominado “Saúde Para Todos No Ano 2000” - SPT-2000. O SPT-2000 falava da saúde como um direito de todos e salientava as responsabilidades do Estado. Propunha formas organizativas tais como a descentralização, a regionalização e a constituição de sistemas de referência e contra-referência; acentuava a importância dos cuidados primários de saúde e a necessidade da existência dos níveis secundário e terciário de atenção.

No início dos anos 80, uma forte crise econômica piorou ainda mais a qualidade de vida da população e obrigou o Governo reconhecer a necessidade de mudança do sistema

* O “Milagre Brasileiro” caracterizou-se pelo crescimento do setor econômico através da entrada indiscriminada de capital estrangeiro e do emprego em massa de trabalhadores com salários muito baixos. O “Milagre Econômico” foi bruscamente interrompido com a crise internacional do petróleo, em 1973.

de saúde. Associado a isto, alguns setores da população iniciaram um movimento de luta pela redemocratização do país.

Em diversos momentos existiram propostas de reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Mas nenhum destes momentos foi tão propício à efetivação da proposta da Reforma Sanitária, como o final da década de 70 e o princípio da década de 80.

A Construção da Reforma Sanitária Brasileira

A ditadura militar que se implantou no Brasil após 1964, além de gerar os problemas já citados em relação à deterioração da qualidade de vida da população e do Sistema de Saúde, implantou um regime de repressão política, censura à imprensa e muito pouca circulação de informações sobre a realidade social do país.

No entanto, na segunda metade da década de 70 começou a haver algum tipo de abertura política (eleições em algumas cidades e início da reorganização de sindicatos, partidos políticos e associações de moradores). Na área da saúde surgiu um movimento chamado à época de *Movimento Sanitário*. Este movimento se caracterizou por fazer denúncias contra a ditadura e por apresentar um projeto de transformação do sistema de saúde vigente.

O movimento sanitário, aos poucos, foi-se ampliando com a adesão de parlamentares, lideranças políticas, sindicais e populares. Antigas lideranças do setor saúde, que estavam voltando para o país após a concessão de anistia aos exilados políticos, também aderiram ao movimento. Profissionais universitários e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES, principalmente, discutiram e elaboraram as bases teóricas do projeto de transformação, a partir de experiências bem sucedidas de outros países. Propuseram um sistema público, descentralizado, com universalização do direito à saúde, integrando ações preventivas e curativas e com democrática participação da população.

Em 1979, no 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde realizado em Brasília, com promoção do Congresso Nacional, o CEBES apresentou, pela primeira vez, um projeto denominado "SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE" contendo as propostas citadas acima. O importante deste fato é que, mesmo sem ser possível sua assimilação naquele momento pelo Governo, tratava-se do início da divulgação de novas idéias que começavam a apresentar boa aceitação junto aos militantes do setor de saúde. Desta forma, alguns

programas surgiram sob forte influência destes princípios reorientadores, com destaque para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS, do Ministério da Saúde em 1979 e o PREV-Saúde, em 1980, fortemente influenciado por Alma-Ata. O PREV-Saúde propunha a adoção dos cuidados básicos de saúde e a integração entre os Ministérios da Saúde e da Previdência.

Em 1982, com a eleição direta para governadores, vários integrantes do movimento sanitário passaram a ocupar postos de decisão nas Secretarias Estaduais de Saúde. Assim, alguns estados iniciaram projetos contemplando vários princípios da reforma sanitária.

O projeto denominado Ações Integradas de Saúde - AIS foi o que até então, continha mais princípios reformistas: deu início formal à participação popular, fortaleceu a idéia da municipalização e propôs a ação conjunta de quatro Ministérios (Interior, Saúde, Previdência e Educação).

Em 1985, na vigência das AIS, o fim do regime militar e a implantação da chamada "Nova República" trouxeram para o País a perspectiva de reforma da Constituição. Para subsidiar a discussão da saúde na Assembléia Nacional Constituinte, o Governo convocou a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) para o ano de 1986.

A VIII CNS contou com a participação de quase cinco mil pessoas, entre dirigentes institucionais, técnicos, estudiosos, políticos, lideranças sindicais e representantes da sociedade civil. Seu relatório final continha recomendações que passaram a constituir o projeto da **Reforma Sanitária Brasileira**. Este projeto foi levado à Assembléia Nacional Constituinte em 1987, para disputar, com outras propostas, o que seria inscrito na Constituição sobre a saúde. Este relatório reconhecia a saúde como um direito básico do cidadão e como um dever do Estado, entendendo o conceito de saúde de forma ampliada.

A nova Constituição brasileira aprovou os mais importantes princípios da Reforma Sanitária e finalmente, criou o Sistema Único de Saúde - SUS. Em 1990, as Leis Federais 8080 e 8142 regulamentaram o SUS mantendo, quase na íntegra, estes princípios. A partir de então, estados e municípios elaboraram, respectivamente, Constituições Estaduais e Leis Orgânicas Municipais, no intuito de iniciar a construção do SUS nestas esferas de governo. Em 1992, a IX CNS continuou a discussão da implantação do SUS, com ênfase para o processo de municipalização. Em 1993, a Norma Operacional Básica nº 1 - NOB/SUS-93, definiu formas de gestão e de repasse de recursos para os municípios. Em 1996, a X CNS aprofundou a discussão das formas de gestão e da municipalização das ações e serviços de

saúde. Ainda em 1996 foi publicada a NOB/SUS - 96 que teve como principal finalidade “promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios (...), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS” e buscando a plena responsabilidade do poder público municipal.

Os Princípios da Reforma Sanitária

A Reforma Sanitária Brasileira possui 4 grandes princípios:

- um conceito ampliado de saúde;
- o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado;
- a promoção da justiça social; e
- os princípios organizativos.

O princípio da justiça social é entendido como *equidade* que, para ser alcançado é necessário *universalizar* o acesso da população aos serviços de saúde, promover a *integralidade* da atenção e garantir o *controle social* da população.

Os princípios organizativos são a *descentralização*, a *regionalização* e a *hierarquização*.

Para uma melhor compreensão destes 4 princípios, entretanto, é necessário descrevê-los com mais detalhes.

Princípio nº 01: Conceito ampliado de saúde

Para o movimento da Reforma Sanitária, a Saúde não é um conceito abstrato. Define-se num momento histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Princípio nº 02: Saúde como direito de todos e dever do Estado

A Reforma Sanitária assume e reconhece a saúde como um direito de cidadania para todas as pessoas. Garantindo isto constitucionalmente, a Reforma Sanitária recuperou a questão dos direitos sociais, mostrando que é dever do Estado reduzir o risco às doenças através das políticas sociais, da promoção, proteção e recuperação da saúde e da garantia do acesso aos serviços para todos os cidadãos.

Princípio nº 03: Equidade

Na área da saúde é muito importante compreender o que significa equidade. Como vimos, a organização das ações e serviços de saúde caracterizou-se pela exclusão de grande parte da população e pelo privilegiamento de determinados grupos. Ao tentarmos corrigir estas distorções, buscando soluções que visem recuperar a cidadania e promover a justiça social, estaremos buscando acabar com as desigualdades, com as quais não podemos continuar convivendo. Estaremos falando de equidade e, neste caso, falar de equidade significa trabalharmos a partir das necessidades da população e perseguirmos sempre a igualdade como valor básico em nossas ações cotidianas.

Para a consolidação da Reforma Sanitária e a conseqüente construção do SUS, torna-se fundamental que os princípios que regem este movimento sejam sempre iluminados pelo princípio maior da equidade. No entanto, para alcançarmos a equidade, como já vimos,

é necessário garantirmos a universalização (do acesso à informação e do acesso aos serviços), a integralidade da atenção e o controle social.

a) **Universalização:** sabemos que uma das maiores injustiças do atual sistema de saúde está na exclusão de inúmeras pessoas ao acesso às ações e serviços de saúde. Por isso, lutar pela reversão deste quadro e buscar mecanismos que garantam acesso universal da população, constitui o primeiro passo na reformulação do Sistema de Saúde. Isto deve ser pensado de duas maneiras complementares: universalização do acesso à informação e do acesso aos serviços de saúde.

Acesso à informação: a informação é um dos instrumentos mais importantes de que dispomos para realizar qualquer atividade. Mais que isto, sem a informação, torna-se praticamente impossível um efetivo desempenho e uma participação consciente. Assim, para que a população possa realmente participar da construção e implementação do SUS, é necessário que ela tenha informações acerca de vários aspectos, como por exemplo:

- das condições relativas ao processo saúde-doença: como, quando e porquê aparecem as doenças; a quem recorrer; o quê fazer, como e com que recursos fazer; que cuidados tomar para evitar doenças e situações não desejáveis; etc.;
- dos serviços de saúde: as leis que regem os serviços; quais os tipos de serviços existentes; os horários de funcionamento; onde estão localizados; de que recursos dispõem; quem são os trabalhadores dos serviços; como são planejados; como e quando as avaliações acontecem; etc.;
- dos direitos e deveres que lhes cabem enquanto cidadãos.

Criar canais que viabilizem o acesso e a circulação constante da informação é uma decisão política fundamental para a efetivação do SUS. Também é uma das mais importantes formas para a consolidação do exercício da cidadania.

Acesso aos serviços de saúde: A Constituição Federal e as Leis da Saúde asseguram que todas as pessoas têm o direito de acesso às ações e aos serviços de saúde. Entretanto, isto não é suficiente para garantir, de imediato, o acesso de toda a população aos serviços de saúde. Sabemos, por exemplo, que existem várias demandas da população que não são respondidas pelos serviços (às quais denominamos “represamento” ou “estoque de doença”). Por outro lado, sabemos também que existe uma rede de serviços incapaz de resolver, de uma só vez, toda esta demanda acumulada. Incapaz porque, politicamente, em nosso país, a saúde da população ainda não foi definida como uma prioridade. A dotação orçamentária é pequena e o gerenciamento dos serviços se faz em meio a uma enorme carência de recursos de todos os tipos. Então, diante destes problemas é preciso planejar programas que analisem e definam junto com a população, quem vai ser atendido primeiro, buscando sempre a equidade como meta. Na execução desta tarefa, deverão ser levados em conta, em cada local, estudos sobre as situações social, econômica, cultural e epidemiológica da população. Portanto, universalizar o acesso aos serviços de saúde, no momento atual, é um desafio para os trabalhadores da saúde e para a população. Para os trabalhadores, administrar a carência de recursos e definir como prioridade de atendimento, entre todos os grupos da população, aqueles que mais precisam. Para a população, procurar conhecer a realidade e participar efetivamente do processo de planejamento, implementação e avaliação das ações e serviços de saúde. Para ambos, engajar na luta pelo direito de acesso constitucionalmente assegurado mas, ainda a ser politicamente conquistado.

b) **Integralidade da atenção:** quando alguém apresenta um problema de saúde e procura os serviços, é justo que queira que o atendimento resolva totalmente à sua demanda, sendo possível o acesso a todos os recursos tecnológicos existentes para o reestabelecimento de sua saúde. No entanto, não é isto o que se observa, pois, devido à carência de recursos, a maioria dos serviços ainda se mantêm presos ao atendimento básico. A oferta de ações de maior complexidade e que exigem alta tecnologia e recursos humanos especializados, ainda é muito pequena. A integralidade da atenção, constitucionalmente assegurada, indica a necessidade de se organizar os serviços e capacitá-los a ofertar um atendimento em todos os níveis, com todos os recursos diagnósticos e terapêuticos para a resolução dos problemas de saúde das pessoas. Assim, como no descrito para a universalização do acesso, requer decisão política para acontecer. É um desafio a ser conquistado pelos trabalhadores da saúde e pela população.

c) **Controle social:** por controle social a Reforma Sanitária entende a participação da sociedade civil no processo de planejamento, implementação, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde. É um princípio de participação política.

Este princípio, garantido pela Constituição Federal, está regulamentado pela Lei Federal 8142 de 28/12/90, com a criação das *Conferências de Saúde* e dos *Conselhos de Saúde*. As Conferências, com representação de vários segmentos sociais, têm o papel de discutir e propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde nos níveis federal, estadual, municipal e distrital. Em nível federal deverão ocorrer a cada quatro anos, acontecendo, nos demais níveis, de acordo com seus regimentos. São convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, sempre que necessário, por este ou pelos Conselhos de Saúde. Os Conselhos de Saúde estudam, analisam e decidem sobre projetos, programas, destinação e utilização de recursos financeiros, modelo assistencial e política de recursos humanos. Seus membros são eleitos em votações democráticas, em geral, no fórum das Conferências. Tanto nas Conferências quanto nos Conselhos, os usuários tem representação de 50% das cadeiras, que é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

“O controle social é um poder compartilhado entre o Governo e a população”. É direito de cidadania, proposto pela Reforma Sanitária e conquistado na Constituição. Entretanto, somente a existência das Conferências e dos Conselhos de Saúde não garante o controle social: sua ação efetiva depende dos níveis de informação, responsabilização e organização da população, a fim de que ela possa participar do planejamento, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde em cada esfera de governo.

Princípio nº 04: Organizacionais

São as estratégias a serem propostas e implementadas para que se possa construir o SUS de acordo com os princípios que o orientam (especialmente aqueles relacionados com democracia, cidadania e equidade). São formas de organização que poderão variar em cada local. No momento, as formas mais bem sucedidas são: a descentralização, a regionalização

e a hierarquização. Com o passar do tempo, poderão surgir novas estratégias de organização dos serviços que permitirão outros avanços na construção do SUS.

a) **Descentralização**: a descentralização é a proposta de se retirar o poder das mãos de um só nível de governo, redistribuindo-o pelos demais. Isto significa uma nova valoração dos níveis federal, estadual e municipal, definindo competências para cada um, dando-lhes maior autonomia para planejar, decidir, utilizar recursos financeiros, contratar e, por fim, avaliar seus programas de saúde. Conforme afirma NETO, ... “o poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações (poder municipal) pois, quanto mais perto do problema, mais chance se tem de acertar sobre sua solução”. Esta afirmativa torna-se mais correta quando pensamos o tanto que é difícil um programa de saúde planejado em Brasília, longe da realidade de cada município, ser implantado ao mesmo tempo, por exemplo, em Petrópolis, Teresina, Santarém, Florianópolis e qualquer outro município brasileiro. Portanto, o maior ganho da descentralização é o direcionamento definitivo para o processo de municipalização da saúde, reforçando a idéia dos *sistemas locais de saúde* e dos *distritos sanitários*. Neste sentido, vale lembrar que a descentralização engloba várias instituições federais, fazendo com que “a maioria dos serviços de saúde vinculados ao nível federal, como o extinto INAMPS, passem para os níveis estadual e municipal, principalmente para este último”.

b) **Regionalização**: a descentralização implica em uma outra forma de organização das ações e serviços de saúde: o sistema de saúde deve ser pensado a partir de regiões delimitadas, onde o planejamento deve ser feito conforme a realidade de suas populações. Estas regiões podem variar quanto ao tamanho, podendo ser formadas por um ou mais municípios, ser um único município ou, ainda, ser parte de um município. A esta estratégia de organização damos o nome de Regionalização das Ações e Serviços de Saúde.

c) **Hierarquização**: um sistema regionalizado será hierarquizado quando for planejado para oferecer os cuidados básicos (**atenção primária**), o atendimento especializado e de maior complexidade (**atenção secundária**) e atenção de nível hospitalar e de reabilitação (**atenção terciária e quaternária**),

contando com recursos humanos desde a formação profissional de nível médio até a mais especializada.

Este sistema deverá ser interligado, assegurando ao paciente a possibilidade de ser atendido em qualquer nível de acordo com as suas necessidades. Assim, o usuário, ao necessitar de atendimento, entra no sistema pela atenção primária (compreendida como “porta de entrada” ou “referência principal”), onde passa pelos cuidados iniciais (diagnóstico e planejamento de seu tratamento). Se ele necessitar de cuidados mais especializados, será referenciado (encaminhado) para outro(s) nível(eis), a fim de que possa receber toda a atenção de que necessitar. Cumprida esta fase, ele retorna ao nível de atenção primária para completar o tratamento, receber alta e ingressar no programa de manutenção. A este mecanismo denominamos *sistema de referência e contra-referência*.

Uma outra possibilidade de entrada é através do sistema de urgência, que poderá se dar em qualquer um destes níveis.

Se um sistema local não dispõe de todos recursos para a criação de um sistema hierarquizado, poderá lançar mão da contratação de serviços privados para alcançar este fim.

Comentários finais

A Reforma Sanitária Brasileira é fruto de muitos anos de uma luta que não se iniciou apenas na década de 70. Podemos encontrar indícios de sua existência desde o princípio deste século. No entanto, a conquista legal nos anos 80 deve ser compreendida como o início de uma nova fase desta luta pela melhoria da saúde de nossa população. Estar explicitada na Lei não garante sua existência na prática das ações e serviços de saúde. O respaldo legal é uma garantia de que poderemos seguir em frente. Atentos à história, vamos perceber que precisamos lutar por outras garantias. Considerando os rumos apontados pela atual conjuntura política, percebemos que a luta maior é pela conquista da democracia e da cidadania plenas. Em seu movimento, a Reforma Sanitária partiu do resgate da dívida social, objetivando alcançar, no futuro, um sistema de proteção social mais justo e igualitário. Quanto ao presente, o que se nos coloca é a necessidade de garantir espaços para a participação consciente dos vários segmentos da população na construção de uma sociedade nova onde o SUS, certamente, será uma de suas mais belas conquistas.

Referências bibliográficas

- BELO HORIZONTE. Lei n. 5903 - 03 jun. 1991. Cria o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, a Conferência Municipal de Saúde, os Conselhos Distritais de Saúde, as Comissões Locais de Saúde e dá outras providências.
- BRASIL. Lei n. 8080 - 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- BRASIL. Lei n. 8142 - 28 dez. 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *ABC do SUS; doutrinas e princípios*. Brasília, 1990.
- FLEURY, S. Equidade e reforma sanitária: Brasil. In: *Revista Saúde em Debate*, n.43, jun., 1994.
- GIOVANELLA, L. et all. Equidade em saúde no Brasil. In: *Revista Saúde em Debate*, n.49-50, dez / 95 - mar / 96.
- NETO, E., R. A reforma sanitária e o sistema único de saúde; suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: *Incentivo à participação popular e controle social no SUS*. Brasília, 1994.

Texto 02

RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Tema 1 - saúde como direito

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

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

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

Esse direito não se materializa, simplesmente, pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.

Desse conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social, emerge a idéia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir:

- trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho;
- alimentação para todos, segundo as suas necessidades;
- moradia higiênica e digna;
- educação e informação plenas;
- qualidade adequada do meio ambiente;
- transporte seguro e acessível;
- repouso, lazer e segurança;
- participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde;
- direito à liberdade, à livre organização e expressão;
- acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.

As limitações e obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito à saúde são de natureza estrutural.

A sociedade brasileira, extremamente estratificada e hierarquizada, caracteriza-se pela alta concentração da renda e da propriedade fundiária, observando-se a coexistência de formas rudimentares de organização do trabalho produtivo com a mais avançada tecnologia da economia capitalista. As desigualdades sociais e regionais existentes refletem estas condições estruturais que vêm atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequada.

A evolução histórica desta sociedade desigual ocorreu quase sempre na presença de um Estado autoritário, culminando no regime militar, que desenvolveu uma política social mais voltada para o controle das classes dominadas, impedindo o estabelecimento de canais eficazes para as demandas sociais e a correção das distorções geradas pelo modelo econômico.

Na área de saúde, verifica-se um acúmulo histórico de vicissitudes que deram origem a um sistema em que predominam interesses de empresários da área médico-hospitalar. O modelo de organização do setor público é anárquico, pouco eficiente e eficaz, gerando descrédito junto à população.

Este quadro decorre basicamente do seguinte:

- não prioridade pelos governos anteriores do setor social, neste incluída a saúde, privilegiando outros setores, como por exemplo o da energia, que contribuiu para a atual dívida externa;
- vigência de uma política de saúde implícita que se efetiva ao sabor de interesses em geral não coincidentes com os dos usuários dos serviços, acentuadamente influenciada pela ação de grupos dedicados à mercantilização da saúde;
- debilidade da organização da sociedade civil, com escassa participação popular no processo de formulação e controle das políticas e dos serviços de saúde;
- modelo assistencial excludente, discriminatório, centralizador e corruptor;
- falta de transparência na aplicação de recursos públicos, o que contribuiu para o seu uso dispersivo, sem atender às reais necessidades da população;
- inadequada formação de recursos humanos tanto em nível técnico quanto nos aspectos ético e de consciência social, associada à sua utilização em condições insatisfatórias de remuneração e de trabalho;
- controle do setor de medicamentos e equipamentos pelas multinacionais;
- privilégio na aplicação dos recursos públicos na rede privada de assistência médica, como também em programas de saneamento e habitação;
- interferência clientelística no que se refere à contratação de pessoal;
- excessiva centralização das decisões e dos recursos em nível federal.

O Estado tem como responsabilidades básicas quanto ao direito à saúde:

- adoção de políticas sociais e econômicas que propiciem melhores condições de vida, sobretudo, para os segmentos mais carentes da população;
- definição, financiamento e administração de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário;
- operação descentralizada de serviços de saúde;
- normatização e controle das ações de saúde desenvolvidas por qualquer agente público ou privado de forma a garantir padrões de qualidade adequados.

Para assegurar o direito à saúde a toda a população brasileira é imprescindível:

- garantir uma Assembléia Nacional Constituinte livre, soberana, democrática, popular e exclusiva;
- assegurar na Constituição, a todas as pessoas, as condições fundamentais de uma existência digna, protegendo o acesso a emprego, educação, alimentação, remuneração justa e propriedade da terra aos que nela trabalham, assim como o direito à organização e o direito de greve;
- suspender imediatamente o pagamento dos juros da dívida externa e submeter à decisão da Nação, via Assembléia Nacional Constituinte, a proposta de não pagamento da dívida externa;
- implantar uma reforma agrária que responda às reais necessidades e aspirações dos trabalhadores rurais e que seja realizada sob o controle destes;
- estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado;

- fortalecer os estados e municípios, através de uma ampla reforma fiscal e tributária;
- estabelecer compromissos orçamentários ao nível da União, Estados e Municípios para o adequado financiamento das ações de saúde.

É necessário que se intensifique o movimento de mobilização popular para garantir que a Constituinte inclua a saúde entre as questões que merecerão atenção prioritária. Com este objetivo, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde deverá ser deflagrada uma campanha nacional em defesa do direito universal à saúde, contra a mercantilização da medicina e pela melhoria dos serviços públicos, para que se inscrevam na futura Constituição:

- a caracterização da saúde de cada indivíduo como de interesse coletivo, como dever do Estado, a ser contemplado de forma prioritária por parte das políticas sociais;
- a garantia da extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional;
- a caracterização dos serviços de saúde como públicos e essenciais.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde; tema 1: saúde como direito*. Brasília, 1986.

TEXTO 03

O PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE

Arlindo Gonçalves Ferreira ()*

Introdução

Municipalizar a saúde está diretamente relacionado ao processo de redemocratização do país. A municipalização busca entre outras coisas, a promoção de justiça social, através da redistribuição de poder entre União, Estados e Municípios, com definição de papéis diferenciados e complementares entre eles, cabendo ao município maior responsabilidade na gestão do sistema de saúde.

A proposta de municipalização da saúde pressupõe que os municípios, juntamente com os Conselhos de Saúde, assumam a responsabilidade pelo **planejamento, controle e execução** das ações e serviços de saúde, resgatando assim, o papel do município como responsável político e técnico para com a saúde dos cidadãos. Assim, as Conferências Municipais de Saúde e os Conselhos Municipais e Locais são espaços fundamentais de interlocução entre governo e população, buscando a participação dos cidadãos na gestão pública e na democratização do sistema. Na medida em que esta interlocução ocorre, as decisões tomadas têm maiores chances de acerto, pois torna-se mais fácil compreender os problemas e necessidades da população, bem como encontrar as soluções mais acertadas para resolvê-los.

Apesar da política de municipalização estar claramente respaldada pela Constituição e Leis Orgânicas Federal, Estaduais e Municipais, e, apesar de várias experiências bem sucedidas, a maioria dos municípios brasileiros ainda não assumiu o papel de gestor do sistema municipal de saúde. Mesmo após a promulgação da Constituição de 1988, ainda é grande o número de municípios nos quais a lei ainda não é cumprida. Isto ocorre por vários motivos que não nos cabe agora analisar. Entretanto, um aspecto merece destaque: para se efetivar a municipalização, é necessário uma profunda reorganização do atual sistema de saúde.

(*) Cirurgião-dentista; Especialista em Odontologia Social pelo DOPUC/MG; Professor Assistente III da disciplina Clínica Integrada I do DOPUC/MG; Técnico no Distrito Sanitário Leste da SMS/BH.

Alguns aspectos históricos da municipalização da saúde

Conforme estudado anteriormente, o atual sistema de saúde do Brasil ainda apresenta muitas daquelas características encontradas na década de 80: excessiva centralização das decisões e dos recursos ao nível federal; separação das ações curativas e preventivas (com ênfase no curativo); ausência de participação popular; baixo impacto; excludente; hospitalocêntrico, etc.. Neste contexto, ainda persistem inaceitáveis indicadores de saúde no país, como o alto índice de mortalidade infantil, a alta incidência de acidentes de trabalho e a presença significativa de doenças evitáveis (desnutrição, diarreia, sarampo, malária, tuberculose, etc.).

Todos estes problemas vêm se acumulando há muitos anos e, retomando um pouco da história, vamos nos reportar à crise econômica da década de 70. Esta crise muito contribuiu para o empobrecimento da população e para a migração do homem do campo para as cidades, em busca de emprego. Isto favoreceu a formação de verdadeiros bolsões de miséria em torno das médias e grandes cidades. Com o crescimento das cidades cresceram também as demandas por serviços de saúde. Esta realidade não pôde ser ignorada pelos gestores municipais, que, buscando soluções para estes problemas, iniciaram o Movimento Municipalista da Saúde. A princípio, este movimento contribuiu para a troca de experiências, através de encontros regionais entre secretários municipais de saúde (1978). Mais tarde, este movimento evoluiu para a conformação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Em 1982, foram eleitos muitos prefeitos e vereadores contrários ao regime militar e que, preocupados com a questão da saúde, se aliaram a setores da universidade que apresentavam propostas para reformulação do sistema. A proposta de *Atenção Primária à Saúde* passa a ser discutida como orientadora da organização dos sistemas locais de saúde. Estas propostas incorporavam a participação popular, reivindicavam autonomia para os municípios, buscando estender serviços essenciais a toda população, principalmente àquelas moradoras em áreas periféricas das cidades.

Em 1985, com a posse do governo de transição, houve condições políticas para ampliar o número de municípios que assinariam o convênio das Ações Integradas de Saúde (A.I.S.) com os Ministérios da Previdência e Assistência Social, da Saúde e da Educação. Esse convênio, através do repasse de recursos, possibilitou aos municípios a ampliação da oferta de serviços básicos, com a construção de unidades de saúde e a contratação de

peçoal. Possibilitou também uma maior integração interinstitucional entre municípios, estados e união, através da participação nos fóruns de discussões oficiais. Para muitos desses municípios, esse convênio significou o início da organização do sistema local de atenção à saúde.

No bojo do processo de redemocratização do país, emergem, além do movimento pelas eleições diretas, vários outros movimentos. Dentre eles o da reforma sanitária (através das organizações profissionais e entidades representativas de usuários) e o movimento municipalista da saúde, que ganha forças. Como consequência deste processo, o governo de transição convoca para 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Esta Conferência representou importante marco na consolidação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira e na construção de estratégias para sua viabilização, como por exemplo a formação da Comissão Nacional para a Reforma Sanitária; as Conferências Específicas de Recursos Humanos; Saúde do Trabalhador; Saúde da Mulher; Saúde Bucal; e, posteriormente, a criação do CONASEMS, que significou a participação efetiva dos municípios na formulação da política nacional de saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde propôs a descentralização do sistema com mando único em cada esfera de governo, buscando uma profunda reformulação do sistema nacional de saúde. A universalidade, a integralidade das ações e o controle social foram definidos como estratégias para garantir a saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Esta proposta veio ao encontro dos anseios do movimento municipalista que trabalhou intensamente pelo processo de descentralização.

Na seqüência do processo de redemocratização do país, estabeleceu-se em 1988 o congresso constituinte e pela primeira vez, garantiu-se na Constituição Federal, um capítulo que trata da saúde. A constituição resgatou várias das propostas do movimento sanitário brasileiro e as deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, estabelecendo:

- saúde enquanto direito de todos e dever do Estado;
- as competências legais do Sistema Único de Saúde;
- que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Estado sua regulamentação;

- que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único;
- que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

A descentralização é enfatizada no artigo 198, inciso I: “Descentralização com direção única em cada esfera de governo”, e também pela lei complementar 8080, nos seus artigos 7º e 18º que reforçam a descentralização dos serviços para os municípios e define suas atribuições. Do ponto de vista jurídico, a política de municipalização está respaldada de forma bastante clara pela constituição e pelas leis complementares em níveis federal, estadual e municipal, o que por si só não foi suficiente para torná-la realidade na maioria dos municípios brasileiros.

Várias foram as ações contrárias à efetivação da municipalização e consolidação do SUS ocorridas ao longo da década de 90. Como exemplo, citamos o processo de reforma da previdência, a indefinição de fonte de financiamento e o processo de redefinição dos papéis e funções institucionais perpassadas por resistências da burocracia estatal e disputas de poder.

Existe um paradoxo entre as conquistas constitucionais e a realidade vivida pela população brasileira no campo dos direitos sociais, refletindo a conjuntura e os projetos em disputa na arena política.

Com a eleição do governo Collor, desencadeou-se uma política de centralização contrária à concepção unificadora e descentralizadora do SUS, na tentativa de reduzir o processo de descentralização a um processo administrativo, sem uma real transferência de poder.

O movimento da reforma, através da IX Conferência Nacional de Saúde de 1992, que teve como um de seus protagonistas o movimento municipalista, reafirma o projeto do SUS resumindo suas conclusões e propostas na frase: “cumpra-se a lei”. As deliberações dessa conferência revigoraram o processo de municipalização e descentralização. Assim, com avanços e retrocessos, o processo de municipalização no Brasil vem ocorrendo, e, avançando um pouco mais, vamos discutir como se dá sua operacionalização.

A gestão municipal

Para compreendermos melhor o papel do município na gestão do SUS, vamos refletir acerca de algumas questões:

O que são gestores?

Gestores são as entidades responsáveis por **implantar** o SUS e fazê-lo **funcionar** de acordo com seus princípios: conceito ampliado de saúde; saúde como direito de todos e dever do Estado; equidade (universalidade, integralidade e controle social) e os princípios organizativos (descentralização, regionalização e hierarquização).

Quem são os gestores?

No nível federal é o Ministério da Saúde.

No nível estadual, são as Secretarias Estaduais de Saúde, com seus respectivos secretários estaduais.

Nos municípios, os gestores são as Secretarias Municipais de Saúde ou as Prefeituras (secretários municipais de saúde ou prefeitos).

Quais são as suas responsabilidades?

O Ministério da Saúde deve coordenar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, identificando os riscos e as necessidades das populações nas várias regiões do país. É responsável pela formulação, coordenação e controle da política nacional de saúde. Além disso, tem importantes funções no planejamento, financiamento, cooperação técnica e controle do SUS.

O gestor estadual é responsável pela coordenação das ações de saúde no seu estado. Deverá elaborar o Plano Estadual de Saúde com base nas necessidades levantadas em cada município (através dos Planos Municipais de Saúde). Cabe também aos estados

planejar e controlar o SUS em seu nível de responsabilidade, executando apenas as ações que os municípios não puderem e/ou não lhes couber executar.

Finalmente, os gestores municipais são os maiores responsáveis pelo planejamento, execução, avaliação e controle das ações de saúde em seus municípios.

Em cada esfera do governo (federal, estadual e municipal), o gestor deverá se articular com os demais setores da sociedade que atuam, direta ou indiretamente, na área da saúde, promovendo a sua integração e participação no processo. Também nas três esferas do governo deverão participar representantes da população para as formulações das políticas de saúde e para o controle de sua execução.

O que significa municipalizar?

Significa reconhecer e valorizar os governos municipais como os principais provedores dos serviços públicos essenciais, dentre eles, a assistência à saúde.

A descentralização é o caminho para a municipalização. E, como já vimos, descentralizar significa redistribuir poder e recursos, redefinir os papéis das três esferas do governo, reorganizar os modelos de assistência, estabelecer novas relações entre os níveis de governo e garantir o controle social.

Como a municipalização pode ser efetivada?

É importante compreendermos que, diante do atual quadro de desigualdade, injustiça e de exclusão em que se encontra a grande maioria da população brasileira, e diante da precariedade dos serviços públicos de saúde, as transformações propostas pelo SUS não poderão ocorrer da noite para o dia. Assim, um período de transição é imprescindível, para que, paulatinamente, as novas propostas sejam implementadas.

Com o objetivo de orientar os gestores municipais, o Ministério da Saúde elaborou normas operacionais básicas: a NOB-SUS 01/1991, a NOB-SUS 01/1992, a NOB-SUS 01/1993 e a NOB-SUS 01/1996.

A NOB-SUS 01/1993 elaborou normas para disciplinar o processo de descentralização. No seu item 04 (Das Condições de Gestão) estabelece três diferentes formas de gestão municipal do SUS: **gestão incipiente**, **gestão parcial** e **gestão semi-plena**.

Um município estará em **gestão incipiente** quando:

- manifestar à Comissão Bipartite o interesse em assumir as responsabilidades desta condição;
- dispuser do Conselho Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação das atas de reunião;
- dispuser do Fundo Municipal de Saúde ou Conta Especial, comprovada por extratos bancários.

Um município estará em **gestão parcial** quando, além de preencher os requisitos necessários à condição incipiente:

- encaminhar à Comissão Bipartite a proposta de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas estaduais ou federais, ainda não cedidas ao município;
- dispuser de médico responsável pela emissão de autorização de internações hospitalares, que não seja credenciado pelo sistema nem tenha vínculo com prestador conveniado ou contratado;
- dispuser de condições técnicas e materiais para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços;
- manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de: nascidos vivos, mortalidade, doenças de notificação compulsória, etc.;
- apresentar anualmente à Comissão Bipartite o Plano Municipal de Saúde atualizado;

- apresentar anualmente à Comissão Bipartite Relatório de Gestão atualizado;
- comprovar anualmente à Comissão Bipartite a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Municipal para a saúde.

Para um município alcançar a condição de **gestão semi-plena**, além de preencher os requisitos necessários às duas condições anteriores, deve:

- apresentar à Comissão Bipartite Termo de Compromisso, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, que contenha as metas que o gestor se propõe a cumprir no período de um ano. Se o município não cumprir este requisito por dois anos consecutivos, perderá a condição de semi-plena;
- manter o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS e o Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS, permanentemente funcionando.

Com relação à condição de gestão semi-plena, salientamos:

- nesta condição, os recursos financeiros são repassados do Fundo Nacional de Saúde diretamente para o Fundo Municipal de Saúde;
- de 1993 a 1996, somente 124 municípios brasileiros assumiram a condição de gestão semi-plena (isto corresponde a cerca de 15,57% da população do país);
- cerca de 5.000 municípios não apresentaram modificações importantes em sua forma de organizar o sistema de saúde (isto representa cerca de 85% da população brasileira);
- os municípios na gestão semi-plena apresentam maior autonomia no uso dos recursos financeiros, controlados pelo Conselho Municipal.

A NOB-SUS 01/96, publicada no Diário Oficial da União de 06/11/1996, estabelece novas condições de gestão do município:

- a) Gestão Plena da Atenção Básica; e
- b) Gestão Plena do Sistema Municipal.

Um município assumirá a condição de **gestão plena da atenção básica** quando:

- comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde;
- comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde;
- apresentar o Plano Municipal de Saúde e comprometer-se a participar da elaboração e da implementação da Programação Pactuada e Integrada do Estado, bem como da alocação de recursos expressa na programação;
- comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão;
- comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal de acordo com a legislação em vigor;
- formalizar junto ao gestor estadual, com vistas à Comissão Intergestores Bipartite, após aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada;
- dispor de médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados;
- comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária;
- comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica;
- comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

Para um município assumir a condição de **gestão plena do sistema municipal**, além de preencher os requisitos necessários à condição anterior, deverá:

- avaliar o impacto das ações do sistema sobre a saúde dos seus municípios;
- apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, que deve conter as metas estabelecidas, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na programação integrada do Estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como os indicadores mediante os quais será efetuado o acompanhamento;
- comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária;
- comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses;
- apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde;
- assegurar a oferta, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo Piso Ambulatorial Básico e, adicionalmente, de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básicas;
- comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA);
- comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

A NOB-SUS 01/96, no seu item 17 (Disposições Gerais e Transitórias), dentre outras regulamentações, determina que os municípios e estados habilitados na forma da NOB-SUS 01/93 permaneçam nas respectivas condições de gestão até sua habilitação em uma das condições estabelecidas pela NOB-SUS 01/96, ou até a data limite a ser fixada pela Comissão Intergestores Tripartite.

Alguns autores, ao analisarem a NOB-96, sistematizaram suas características, das quais destacamos:

- a NOB-96 favorece o repasse de financiamento fundo a fundo;
- propõe que os municípios assumam o seu papel de gestor, superando a condição de mero prestador de serviços do SUS;
- aumenta a responsabilização dos municípios em relação à saúde de seus habitantes;
- estabelece um Piso Ambulatorial Básico (PAB), com repasses de recursos a partir do número de habitantes do município;
- não garante os recursos tributários necessários à manutenção do sistema de saúde;
- oferece premiação aos municípios que desenvolvem programas do Ministério da Saúde, como por exemplo, o Programa da Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários. Isto pode comprometer a autonomia do município de elaborar e implementar seus próprios projetos;
- o valor per capita a ser repassado para o Fundo Municipal de Saúde ainda não foi definido.

Considerações finais

A descentralização das ações e serviços de saúde se constitui num grande desafio porque busca, na sua essência, uma radical transformação do atual sistema de saúde brasileiro. Busca superar suas deficiências, eliminar suas falhas e construir um sistema capaz de responder às necessidades de saúde da população.

O processo de descentralização ocorre com ritmos e características diferentes, dependendo das especificidades de cada local. Entretanto, deve se configurar como um compromisso coletivo, um pacto entre os gestores públicos dos três níveis de governo, as entidades relacionadas com a saúde e, especialmente, com a população, a fim de construir um sistema de saúde universal, integral, equânime e de boa qualidade.

As experiências de municipalização bem sucedidas dependeram do compromisso político dos gestores com o projeto do SUS, o que aponta para a compreensão de que só é possível avançar com esse projeto na medida em que se ampliem e consolidem os espaços de participação popular com efetivo controle social; que se defina fontes de financiamento para o sistema e que se garanta o repasse dos recursos da união, estados e municípios para a gestão municipal.

O fortalecimento dos espaços de participação popular pode contribuir para que não se adote um concepção limitada ou distorcida do conceito de descentralização, que muitas vezes tem servido para desresponsabilizar estados e união, principalmente com relação à efetiva descentralização de poder decisório e ao repasse de recursos financeiros.

Se por um lado o processo de municipalização significou desafio e trouxe dificuldades para os municípios (que receberam rede física sucateada, sem recursos humanos e sem garantia do repasse financeiro), na maioria dos casos, ao assumir a responsabilidade de gerir o sistema, estabeleceu-se:

- melhor relação com o setor privado;
- maior controle dos gastos;
- articulações intermunicipais;
- implantação de novas atividades e ações de saúde;
- maior participação dos conselhos; e
- aumento da aplicação dos recursos do tesouro municipal.

Além disso, pesquisa realizada no estado do Ceará concluiu que a oferta de consultas médicas cresceu 21% nos municípios municipalizados, em relação aos não municipalizados. Da mesma forma, a mortalidade infantil diminuiu de 16% a 26% mais do que nos não municipalizados. Isto reafirma ser a municipalização uma estratégia de reorganização da assistência com potencial para promover melhoria dos indicadores de saúde da população brasileira.

Referências bibliográficas

- BRASIL. Congresso Nacional. *Constituição Federal*; seção II. Brasília, 1988.
- BRASIL. Lei n. 8.080 - 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
- BRASIL. Lei n. 8.142 - 28 dez. 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *ABC do SUS*; doutrinas e princípios. Brasília, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde*; a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde / NOB - SUS / 96*. Brasília, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório da IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1992.
- CUNHA, R.E. *Avançando para a municipalização plena da saúde*; o que cabe ao município. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- GOULART, F. Andrade. *Caminhos do movimento municipalista no Brasil*. Brasília: CONASEMS / UnB, 1995.
- MENDES, E.V. Mesa redonda; saúde e qualidade de vida. In: *Revista Espaço para a Saúde*, v.4, n.4, jan., 1995.
- NETO, J.S.M. Políticas de saúde no Brasil; a descentralização e seus atores. In: *Revista Saúde em Debate*, n.31, mar., 1991.

Texto 04

PLANEJAMENTO LOCAL EM SAÚDE

Rubens Menezes Santos ()*

Antes de se colocar alguma afirmativa ou método de como planejar saúde no nível local (nível onde se faz o atendimento da população), é extremamente importante frisar que existe um projeto político para a saúde, ratificado na constituição brasileira, que se chama Sistema Único de Saúde - SUS. Partindo deste princípio, as diretrizes que orientam o SUS devem ser as mesmas que orientam o planejamento das ações de saúde. Portanto, é importante que haja uma descentralização da atenção, que, dependendo do local, se constituirá em um processo de distritalização.

Processo de distritalização significa dizer que um **distrito sanitário** será criado de acordo com os limites geográficos, sociais, econômicos e políticos de cada região e terá gerência administrativa sobre os serviços localizados dentro de seus limites.

Um distrito sanitário será ainda dividido em territórios, onde uma unidade de saúde (centro de saúde, posto de saúde) terá a responsabilidade sobre a saúde da população que se situa na sua **área de abrangência**. Entende-se por área de abrangência, o local onde mora, trabalha, estuda, enfim, onde transita a população que será atendida, respeitando a proximidade com o centro de saúde. Tudo isto para se tentar descentralizar a atenção, tirando a administração e o planejamento do nível federal (que é muito distante da população a ser atendida) e trazê-los para mais perto de quem executa esta atenção, ou seja, o nível local.

Pois bem, visto isto, é fácil de se perceber que, para se planejar algum atendimento, seja ele médico, psicológico, de enfermagem ou odontológico, é necessário saber **quantas e quem** são as pessoas que fazem parte da área de abrangência de cada unidade de saúde. É importante saber quais são os outros estabelecimentos de saúde inseridos neste espaço, ou

(*) Cirurgião-Dentista; Mestre em Clínica Odontológica pela FOUFG; Coordenador de Saúde Bucal da SMS/BH; Professor Assistente III das disciplinas Clínica Integrada I e Clínica Odontológica I do DOPUC/MG.

seja, verificar se existe atendimento filantrópico ou clínica privada, um hospital ou algum outro local especializado para atendimento que possa complementar o serviço público, e se não está havendo superposição de ações entre os mesmos serviços. Deve-se procurar saber como se organiza aquela comunidade: se existem associações de bairros, igrejas, etc.; quais as condições de vida da população: se existem favelas, invasões, rede de água tratada, esgoto, bem como a faixa salarial das pessoas ou famílias.

É importante saber como as pessoas se locomovem para ter acesso ao serviço de saúde: se existe corredor de tráfego com trânsito fácil, se não existe nenhum acidente geográfico que impeça o deslocamento, como um rio ou um morro, ou até uma estrada de alta velocidade onde não se permite a travessia. Cada unidade de saúde, então, terá uma área de abrangência própria que fará limite com a área de abrangência de outra unidade de saúde. É importante considerar que não existe um limite físico bem determinado entre as áreas de abrangência, isto é, que em determinados momentos as pessoas podem ser atendidas em um local que não corresponde à sua área de abrangência. Conseqüentemente, todas elas reunidas irão compor por sua vez, um distrito sanitário. Isto pode acontecer dentro de um município ou de um Estado. Se um município for grande ele terá vários distritos sanitários. Se ele for pequeno, pode se juntar a outros municípios também pequenos, conformando um distrito dentro de uma região do Estado.

Um ponto importante a ser considerado são os instrumentos que a equipe de saúde deverá ter para medir as necessidades reais desta população. É interessante, para o nível local, pesquisar todas as fontes de informação disponíveis, tanto as oficiais, como os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), da Organização Mundial de Saúde (OMS), do Ministério da Saúde (MS), quanto às informais, como as pessoas mais conhecidas do bairro, as Associações Comunitárias, ou alguma outra forma de organização que aquela comunidade apresente. Aprofundar o conhecimento sobre uma região é a maneira mais racional para se obter um planejamento mais efetivo.

Outro fator relevante para se conhecer melhor a população da área de abrangência, são os dados epidemiológicos. Epidemiologia é a ciência que estuda as doenças que uma população apresenta. Portanto, baseando-se em dados concretos da localidade em que a equipe de saúde trabalha, pode-se traçar uma meta de atendimento e de cobertura para aquela população. Com a epidemiologia, podemos medir a taxa de mortalidade infantil, a causa mais prevalente destes óbitos, a doença que mais acomete as pessoas, enfim, as principais necessidades da população que nos propusemos a atender.

Outra perspectiva que se pode ter com um levantamento ou um inquérito epidemiológico, é saber qual parte da população precisa mais da atenção. Desta forma poderemos atender às necessidades mais sentidas e, a partir daí, trabalhar com aquilo que chamamos de **prioridade**, ou seja, eleger quem, naquele momento, precisa ser atendido primeiro. Eleger uma determinada faixa etária para ser atendida primeiro, ou um grupo de pessoas como hipertensos, diabéticos, desnutridos, é uma forma de traçar prioridades.

Vale lembrar que prioridade não significa exclusividade. Na prioridade existe uma ordem de atendimento, que se inicia com quem mais necessita. A exclusividade só permite que um determinado grupo tenha acesso à atenção.

Em um mesmo distrito, entretanto, estas prioridades podem variar de uma área de abrangência para outra. Isto significa que não existe uma necessidade única para todo o distrito, ou que a prioridade de um distrito seja igual a de outro. Este é mais um motivo para não se pensar em planejar um projeto de saúde para regiões muito grandes, como era feito em um processo centralizado, onde se planejava toda a ação de saúde para todo o país.

Um fator importante que deve ser levado em consideração no planejamento, é conhecer qual a capacidade operacional que a equipe de trabalho possui. Desta forma, evita-se incorrer no erro de planejar aquilo que não se pode dar conta de fazer.

A capacidade operacional depende do **número de pessoas** que compõem a equipe (médicos, dentistas, enfermeiros, psicólogos, técnicos, auxiliares, etc.), do **número de equipamentos** (1, 2, 3 ou mais consultórios) e do **modelo de atenção proposto**. Quanto maior o número de recursos humanos e de equipamentos, maior será a capacidade de resolução desta equipe, conseqüentemente, maior sua capacidade operacional.

Há, porém, uma outra condição que não pode ficar de fora do planejamento da ação de saúde, sob pena de se executar um planejamento até certo ponto tecnicamente correto, no entanto equivocado quanto à sua eficácia. Este requisito básico tem por premissa que a população que vai receber o atendimento tem o direito de discutir, opinar e também decidir sobre o que se pretende com as ações de saúde, praticando assim, um direito conquistado de cidadania ou exercendo um controle social sobre as decisões e o cumprimento das deliberações tomadas.

Existe, para isso, um fórum legítimo de discussões que se situa nos Conselhos Locais de Saúde, onde a população tem direito a deliberar sobre todos os assuntos relativos à saúde daquela área de abrangência.

Vale salientar que, uma vez planejada a ação de saúde, o próximo passo é partir para a ação. Neste momento é fundamental que haja continuamente uma reflexão sobre as atitudes tomadas, verificando o impacto que as mesmas vêm causando sobre as condições de saúde das pessoas. Portanto, uma avaliação do processo sempre deve ser feita, para que se saiba se houve alguma mudança, ou se é necessário mudar o curso da ação, replanejando o que inicialmente se tinha preparado. Planejar é, portanto, uma questão de aprendizado, onde a cada avaliação se apreende os acertos, descartando os erros, num ciclo contínuo de assimilação das transformações da realidade.

Esta característica de flexibilidade que o processo de planejar apresenta, mostra que deve-se estar sempre atento ao caráter dinâmico das mudanças que o trabalho em saúde requer.

Sintetizando o que já foi abordado neste texto, para a realização do planejamento das ações de saúde a nível local, é importante:

- ter clareza quanto ao **modelo de atenção** à saúde que será adotado (no caso representado pelo Sistema Único de Saúde);
- conhecer as **condições de vida** da população que será atendida;
- conhecer **epidemiologicamente** quais as necessidades desta população;
- analisar a **capacidade operacional** da equipe de trabalho;
- traçar **prioridades** para o atendimento;
- avaliar **permanentemente**.

Entretanto, todas estas ações devem, necessariamente, ser realizadas em conjunto com a população que irá receber o atendimento, uma vez que ela é também protagonista desta história que vem sendo construída pela sociedade.

Referências bibliográficas

- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*; título VIII, capítulo II, seção II: da saúde. Brasília, 1988.
- BRASIL. Lei n. 8080 - 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- BRASIL. Lei n. 8142 - 28 dez. 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *ABC do SUS*; doutrinas e princípios. Brasília, 1990.
- FLEURY, S. Equidade e reforma sanitária; Brasil. In: *Revista Saúde em Debate*, n.43, jun., 1994.
- GIOVANELLA, L. et al. Equidade em saúde no Brasil. In: *Revista Saúde em Debate*, n.49-50, dez / 95 - Mar. / 96.
- NETO, E.R. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde, suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: *Incentivo à participação popular e controle social no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

Texto 05

TRABALHO E PROFISSIONALIZAÇÃO DAS CATEGORIAS AUXILIARES EM ODONTOLOGIA

Cristiana Leite Carvalho ()*

Introdução

O surgimento das categorias auxiliares no setor saúde tem sido associado a uma série de fatores que são na verdade, interligados. Estes fatores são: a racionalização do trabalho, o aumento da produtividade e da qualidade no trabalho, o desenvolvimento científico-tecnológico e as mudanças nas práticas e nos modelos de assistência. A incorporação destes trabalhadores permitiu tanto o aumento da cobertura quanto a modificação no quadro de recursos humanos dos serviços de saúde.

O desenvolvimento das ciências da saúde e a intensa incorporação tecnológica ocorrida no setor neste século, têm ocasionado o aparecimento de novas profissões, a subdivisão de antigas e o desaparecimento de outras que se tornaram obsoletas. Esta subdivisão de profissões representa um aumento da divisão técnica do trabalho em saúde, e se dá de duas formas: horizontalmente, através da proliferação de especialidades, e verticalmente, através do surgimento de novas categorias ocupacionais, a partir da delegação de funções a trabalhadores de nível médio, qualificados⁽¹⁾, semi-qualificados⁽²⁾ ou até mesmo sem qualquer qualificação para o trabalho em saúde.

Se por um lado o desenvolvimento tecnológico leva ao aumento de especialidades, com o aparecimento de novos ramos de trabalho e de novas categorias profissionais, por outro lado também determina a "desqualificação" do trabalho. Por exemplo: muitos procedimentos que eram complexos e executados por profissionais especialistas, vão se tornando mais simples, e a difusão do conhecimento e a incorporação de equipamentos e materiais possibilitam que os trabalhadores os executem com um mínimo de "qualificação". Em outras palavras, a simplificação de técnicas tornou possível a delegação de funções e tarefas a categorias e grupos ocupacionais de menor qualificação, ao mesmo tempo que "liberou" os especialistas para a sofisticação do conhecimento.

(*) Cirurgiã-Dentista; Professora do Departamento de Odontologia da PUC/MG; Mestre em Saúde Pública.

A expansão dos serviços de saúde (especialmente a expansão no setor público) gerou, em parte, a necessidade de ampliar a utilização de categorias auxiliares (nível médio e elementar), permitindo, como já foi dito, a incorporação de pessoal menos qualificado para a realização de atividades de menor complexidade, sob supervisão direta ou indireta de profissionais de nível universitário e especialistas. Esta expansão também permitiu que os trabalhadores de nível médio e elementar pudessem, de certa forma, “substituir” os profissionais de nível universitário. Pode-se dizer que o crescimento da demanda por serviços de saúde, a escassez de profissionais no setor e a necessidade de diminuição dos custos foram alguns dos fatores determinantes do aumento da necessidade do trabalho auxiliar.

De fato, a incorporação de categorias auxiliares possibilita a diminuição dos gastos com pessoal, tanto pela utilização de mão de obra mais barata, quanto pelo baixo custo da formação destes trabalhadores (o tempo necessário para sua qualificação é muito menor do que o tempo necessário para formar outros profissionais como, por exemplo, médicos e dentistas). Em muitos casos, eles entram para o trabalho sem qualquer capacitação e são treinados no próprio serviço.

No caso da saúde bucal existem, pelo menos, duas razões históricas para a incorporação e expansão do pessoal auxiliar: a primeira delas tem a ver com a “liberação” de profissionais de nível superior das funções mais simples - mas não menos importantes - do trabalho odontológico; e a segunda, está relacionada com a necessidade de aumentar a cobertura dos serviços de odontologia, a um custo menor. Mais recentemente, o aumento da utilização de pessoal auxiliar em odontologia está relacionado com o uso crescente e diversificado de medidas preventivas e educativas nos serviços odontológicos, onde o pessoal auxiliar tem papel fundamental e estratégico na sua implementação. Poderia se levantar outro fator, também importante, que é a incorporação de medidas de biossegurança, função que pode ser atribuída ao pessoal auxiliar devidamente capacitado.

Para melhor conhecer o papel e o significado da utilização dos auxiliares nos serviços de saúde bucal dividimos este texto em três partes:

- a primeira está relacionada com o aparecimento de tais ocupações e seu processo histórico de incorporação na prática odontológica;

⁽¹⁾ O termo “qualificado” se refere aos trabalhadores que receberam formação profissional e que, portanto, possuem um diploma.

⁽²⁾ Trabalhadores que receberam algum tipo de treinamento não formalizado pelo sistema educacional.

- a segunda, com os diversos papéis e formas de utilização de pessoal auxiliar em odontologia em vários serviços de saúde, no Brasil e no mundo;
- a terceira discute as perspectivas de inserção dessas ocupações no mercado de trabalho, bem como seu processo de profissionalização nos dias de hoje.

Aspectos da história do pessoal auxiliar odontológico

A existência de assistentes em odontologia é tão antiga quanto a própria prática profissional odontológica. Pode-se dizer que o dentista ou o “Praticante da Arte Dentária” sempre se valeu de ajudantes no seu cotidiano de trabalho, incluindo aqui a ajuda das esposas e filhas na limpeza e organização do consultório, ou na simples presença física para diminuir o constrangimento durante o atendimento das senhoras e damas da sociedade. Não fosse por isso, teríamos também que nos referir aos assistentes que, entre carregar os instrumentos e montar uma “banca” de serviços nas feiras e mercados (incluindo aí até mesmo a tarefa de “divertir” e chamar a atenção dos potenciais candidatos aos serviços odontológicos), ainda eram úteis para imobilizar o paciente durante o tratamento doloroso e impiedoso do dentista. Era comum que tais ajudantes fossem aprendizes da Arte Dentária e que, em troca dos seus serviços, seriam iniciados nessa nova profissão, isto é, novos dentistas. Essa situação permaneceu por muito tempo na história da prática odontológica e, até o final do século passado, era ainda comum a existência de situações parecidas em todos os cantos do mundo.

De fato, até meados do século passado, a odontologia ainda não estava organizada como uma profissão, nem havia escolas para formação de profissionais nesse campo de trabalho. Seus serviços e tarefas eram executados, de um lado, por inúmeras ocupações (ferreiro, ourives, relojoeiro, médicos, barbeiros, tiradentes e outros) e, de outro lado, por toda sorte de aventureiros e charlatões. Apesar de existirem algumas leis de regulação para determinados serviços odontológicos como, por exemplo, para a extração de dentes (em geral, permitida ao “barbeiro”), a maioria dos trabalhos não era regulamentada e qualquer pessoa poderia se arriscar nessas funções. O aprendizado era realizado entre o mestre, o “dentista”, e o aprendiz, aquele estudante ou assistente que se propunha a ser um profissional dessa arte.

Foi por volta dessa época que apareceram as primeiras reivindicações dos “dentistas”, quanto à necessidade de criar escolas para formalizar o ensino odontológico, determinando que a prática da odontologia somente fosse realizada por indivíduos que tivessem estudado as artes e ciências dentárias numa escola de odontologia. Na verdade, um marco na história de qualquer profissão moderna é a criação de escolas para a formação de seus membros. No caso da profissão odontológica, esse marco está relacionado com a criação, em 1840, da primeira Escola de Odontologia, na cidade de Baltimore, nos Estados Unidos - o “Baltimore College of Dental Surgery” - caracterizando sua prática como atividade científica e de nível universitário. Desde então, a odontologia tem se desenvolvido rapidamente, pela multiplicação de escolas, pela intensa incorporação científico-tecnológica e pelo aparecimento de um número crescente de novas especialidades.

As escolas de odontologia que se expandiram pelos países do continente americano, inclusive o Brasil, se basearam, com pequenas modificações, nesse modelo de Baltimore e, de certa forma, a organização da profissão odontológica foi também influenciada pelo modelo de profissão americano. No Brasil, a primeira escola de odontologia foi criada em 1884, junto às Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. A partir de então, o exercício da odontologia pôde ser progressivamente legitimado e os dentistas puderam controlar seu trabalho e o mercado de serviços odontológicos.

Assim, ao final do século passado, já existia um reconhecimento profissional da odontologia, permitindo inclusive a criação no interior da profissão, de categorias auxiliares, pelo menos em alguns lugares do mundo. Uma vez que o dentista deteve o controle sobre o seu trabalho, impedindo que os “práticos” e aventureiros invadissem o seu campo de prática, ele teve condições de aceitar, com restrições, é claro, o trabalho subordinado de auxiliares. Por volta da primeira década deste século, surgem as primeiras propostas, nos Estados Unidos, de utilização de trabalho auxiliar profissionalizado em odontologia de que se tem notícia. Segundo Motley (1983) a idéia que levou ao surgimento de auxiliares estava relacionada com o fato de que “os dentistas queriam assegurar cuidados profiláticos para os pacientes e obter um tempo maior para o trabalho restaurativo e para outros procedimentos complexos, para os quais eles haviam sido treinados. Alguns dentistas admitiam o desejo de estarem aliviados daqueles serviços tediosos e repetitivos”.

Muitos foram os dentistas que defenderam a idéia de utilizar pessoal auxiliar, especialmente no trabalho preventivo, e que realmente o fizeram na sua prática. Em geral, a proposta era utilizar mulheres devidamente treinadas por dentistas, para executar a limpeza

dos dentes, como uma "subespecialidade" odontológica. Ainda segundo esta idéia, o treinamento dessas mulheres deveria ser realizado em escolas apropriadas, que emitiriam certificados de competência e proficiência nestas atividades. O primeiro curso promovido com esse objetivo foi realizado em 1910/1911, pela Faculdade de Odontologia de Ohio. Tal curso visava a formação da higienista bucal, mas não houve continuidade. Outro curso para higienistas dentais, fundado por Alfred C. Fones, teve início em 1913 e não parou mais.

O surgimento dessa categoria profissional foi marcado pelo argumento de que tal "subespecialidade" poderia colocar a profissão em alto nível, através da eficácia dos resultados que as medidas preventivas proporcionariam, se fossem realizadas por pessoal devidamente capacitado. Além disso, possibilitaria liberar os dentistas para os procedimentos operativos.

Por outro lado, existia o medo de que uma "subespecialista" pudesse se engajar na prática ilegal da odontologia. Este temor foi contraposto com o argumento de que a existência de leis poderia controlar e limitar o exercício dessa nova "subespecialidade" e que tal trabalho deveria ser diretamente supervisionado por um dentista, marcando assim, o início da utilização de pessoal auxiliar treinado para o serviço de odontologia. A idéia de usar trabalho auxiliar surge numa época em que a profissão odontológica já detinha certos poderes de regulação do seu exercício profissional e tinha a segurança necessária para propor uma ação que, de outra forma, ou em outro contexto, poderia se constituir numa ameaça maior para o desenvolvimento profissional da odontologia.

Na verdade, na primeira década desse século, o trabalho de auxiliares odontológicas nos Estados Unidos floresceu, inaugurando também um novo modelo de atenção ou assistência odontológica. Este modelo propunha o atendimento de crianças, realizado em escolas primárias públicas, marcando, talvez, o início da saúde pública odontológica. As duas experiências americanas mais importantes de incorporação de pessoal auxiliar nos serviços de atenção odontológica escolar foram a experiência pioneira de Ebersole e a experiência definitiva de Alfred Fones.

Dentre essas duas experiências destaca-se a de Fones, considerada um tanto radical para a saúde pública bucal porque não introduzia tratamento restaurador em clínicas escolares, mas apenas ações preventivas e educativas, e também porque colocava um novo ator na prática odontológica: o higienista dental. Tais auxiliares foram definitivamente incorporados nos programas de odontologia escolar, em muitas épocas e lugares, tanto para

a realização de medidas preventivas e educativas quanto para a realização de procedimentos cirúrgicos e restauradores - como é o caso do modelo utilizado na Nova Zelândia, iniciado na década de 20 e, mais tarde, propagado para vários países com o apoio da Organização Mundial de Saúde. (Kennedy, 1971).

O modelo de atenção escolar da Nova Zelândia preconizava o uso de *enfermeiras dentais* com funções odontológicas ampliadas (incluindo anestesia, preparo cavitário, extrações). Em 1921, o Governo da Nova Zelândia iniciou um programa de formação de enfermeiras dentais, empregando-as posteriormente para o atendimento de crianças nas escolas públicas do país. A legitimação desta nova categoria auxiliar estava nas mãos do Departamento de Saúde do Governo, através de escolas técnicas próprias, estando, portanto, fora do alcance da universidade. Apesar de contar com o apoio da Associação Dental da Nova Zelândia, havia um "certo sentimento de dúvida e apreensão dentro da profissão de que esta nova ocupação constituía uma ameaça para a prática dental ortodoxa". A idéia de utilizar esta nova ocupação nos serviços públicos, objetivava claramente o enfrentamento dos problemas odontológicos a um custo radicalmente inferior, já que tais auxiliares substituíam perfeitamente o trabalho básico e menos complexo, tradicionalmente executado pelo cirurgião-dentista, reduzindo a necessidade de contratação de odontólogos. Os poucos dentistas existentes no serviço eram contratados apenas para o trabalho de supervisão e administração do programa.

Por volta de 1949, com o apoio da Organização Mundial de Saúde, a proposta da Nova Zelândia se espalhou por vários países da África e Ásia, chegando até a América Latina (conforme veremos a seguir). Nas décadas seguintes, houve uma rápida expansão da utilização de pessoal auxiliar em todo o continente americano, com características e propostas de trabalho variando de acordo com os países ou regiões e de acordo com as contínuas resistências por parte dos dentistas.

Os modelos de incorporação de pessoal auxiliar a partir dos anos 60

Os anos 60 marcam o início de uma nova fase para a profissão odontológica, através da reforma do modelo de educação médica e odontológica nos Estados Unidos, com profundos reflexos nas práticas dos países da América Latina. Estas propostas aparecem num contexto onde:

- havia falta de recursos humanos em saúde;
- havia necessidade de expansão e reestruturação da educação dos profissionais de saúde;
- era importante adaptar a formação de recursos humanos às necessidades dos sistemas de saúde nos países das Américas.

No bojo deste processo aparecem propostas de treinamento de pessoal auxiliar médico e odontológico, "que poderiam ser treinados mais rapidamente e com um custo menor do que médicos e dentistas, e cuja disponibilidade tornaria possível um melhor uso do tempo e das habilidades de médicos e dentistas".

Da mesma forma, nas décadas de 60 e 70, em algumas escolas de odontologia da América Latina, também se destaca a necessidade de avaliar os rumos da formação e da prática odontológica. A partir de análises sobre a ineficácia e ineficiência da prática odontológica frente aos problemas de saúde bucal, e sobre o crescimento de especialidades neste campo, se discutia a necessidade de formar odontólogos clínicos gerais mais adequados à realidade social. A crescente desvalorização do dentista generalista (relegado ao exercício de atividades menos complexas), limitava o seu campo de ação ou, até mesmo, chegava a "convertê-lo em pessoal auxiliar do especialista". (Jiménez, 1965). Este era um ponto central de preocupação daqueles profissionais descontentes com a prática tradicional. Neste sentido, para se alcançar a transformação da prática odontológica eram necessárias profundas mudanças nos currículos dos cursos de graduação. Além disso, a transformação da prática deveria buscar a racionalização do trabalho (simplificação de tecnologias, uso de novos materiais e incorporação de pessoal auxiliar com ampla delegação de funções).

Assim, também na América Latina, surgiram algumas propostas diferenciadas de treinamento de pessoal auxiliar em odontologia. Em 1967, por exemplo, a Universidade de Antioquia, Colômbia, começou um programa que "pela primeira vez, empregava a enfermeira dental para agilizar o plano de estudos de uma faculdade de odontologia". A formação desses auxiliares tinha dois objetivos bem definidos. O primeiro deles seria a utilização de técnicos dentro da própria universidade a fim de facilitar o aprendizado dos estudantes de odontologia, através da diminuição da carga horária de disciplinas menos complexas, cujas atividades poderiam ser realizadas pelo pessoal auxiliar. Em outras palavras, o auxiliar

executaria algumas atividades básicas, sob supervisão, enquanto o estudante de odontologia poderia dedicar mais tempo aprendendo tarefas mais complexas e, com isso, alcançar a meta de um profissional integral, capaz de resolver todos os problemas em saúde bucal.

Além dos benefícios acadêmicos apontados, aparecia como segundo objetivo alcançar benefícios sociais diretos, através da utilização futura de pessoal auxiliar nos serviços de saúde, o que permitiria enfrentar de maneira mais rápida e econômica os problemas básicos de saúde bucal da população. A reação por parte da categoria odontológica, como não poderia deixar de ser, foi forte e imediata, já que, segundo a lógica corporativa, a formação de uma nova profissão seria uma ameaça aos dentistas e ao exercício da odontologia. Tal reação não impediu que os trabalhos fossem iniciados, mulheres e, posteriormente, com a contratação e incorporação de suas atividades à universidade.

A partir da década de 70, a idéia de utilização futura do pessoal auxiliar nos serviços de saúde foi prontamente aplicada em programas odontológicos de diversos países. Alguns programas ficaram famosos como o programa de Saskatchewan, Canadá, com utilização de enfermeira dental; o programa de Nezualcoyotl, México, com a utilização de técnicos clínicos (que realizavam serviços restauradores, endodontia, diagnóstico, etc.) e de higienistas dentais; e o programa do Centro de Estudios Odontologicos para el Niño (CERON) na Venezuela, com ampla delegação de funções clínicas (semelhante ao técnico clínico do México). Outros programas com delegação de função a pessoal auxiliar podem ser encontrados, a partir dessa década, em Cuba, Costa Rica, Equador, Jamaica, Guatemala, Brasil, entre outros países da América Latina. Caberia a cada um deles um estudo a parte, dada a influência que exerceram - e exercem ainda hoje - no desenvolvimento das práticas de saúde bucal. Não podemos, contudo, nos ater a essas experiências, cabendo-nos falar um pouco acerca do pessoal auxiliar no Brasil.

No Brasil, a utilização de auxiliares floresceu somente na década de 70, embora a preocupação com o pessoal auxiliar em odontologia seja datada, pelo menos, dos anos 50. A introdução de profissionais auxiliares com funções clínicas está associada com a implementação de programas de fluoretação pela Fundação de Serviços de Saúde Pública (Fundação SESP), a partir dos anos 50. A *auxiliar de higiene dentária* foi incorporada a programas escolares da FSESP e da Secretaria de Saúde de Minas Gerais, em 1952, com as funções principais de aplicação tópica de flúor e profilaxia dentária. O VII Congresso Odontológico Brasileiro, realizado em 1959, recomendou ampla utilização de pessoal auxiliar,

quer nas aplicações tópicas de flúor, quer na assistência direta ao trabalho do dentista. Além desse tipo de assistente odontológico, o Brasil contava com outros, não menos importantes para a prática auxiliar do dentista. Os *técnicos em prótese*, por exemplo, já estavam regulamentados desde 1951, sendo que a atuação desse profissional é, provavelmente, bem mais antiga. E para o *auxiliar de consultório* existem experiências de formação e treinamento desde a década de 60.

As experiências na década de 70 foram fundamentais para o processo de desenvolvimento da utilização de pessoal auxiliar, destacando-se os programas de formação e incorporação de auxiliares do Departamento de Odontologia da PUC/MG, o Programa Integrado de Saúde Escolar (PISE) do Distrito Federal e tantos outros que assumiram o trabalho “simplificado” em odontologia, delegando funções de maneira ampla e propondo uma profunda reorganização dos serviços de saúde bucal.

Identidade profissional e papel do pessoal auxiliar odontológico

Como acontece com outras categorias auxiliares de saúde, existe uma grande variedade de nomes utilizados nos diferentes países para classificar os grupos auxiliares em odontologia. Em parte, isto é devido ao fato de que o surgimento dessas categorias tenha se dado de forma bastante diversificada, nos países ou regiões, ora levando-se em conta as razões do seu aparecimento, ora considerando a sua forma de inserção no mercado de trabalho. Esse fato revela, entre outras coisas, a inexistência de uma forte identidade profissional entre essas categorias. Ora, se uma ocupação não tem um perfil de trabalho muito bem definido, fica mais difícil o reconhecimento e respeito do público quanto ao seu papel na sociedade, podendo esse papel ser executado de diferentes formas por diferentes atores, conforme a conjuntura que se apresenta. No caso dos auxiliares odontológicos, a variação existente na definição dos papéis desses profissionais e a dependência em relação aos dentistas quanto a essa definição, revelam o pequeno grau de profissionalização dessas ocupações, ou seja, as suas possibilidades limitadas de organização profissional.

Apesar das dificuldades de definição do perfil e de classificação do pessoal auxiliar em odontologia, existem algumas tentativas no sentido de agrupá-los, especialmente quanto às funções que esses profissionais exercem nos serviços de saúde de diversos países. Essa preocupação tem sido crescente desde finais dos anos cinquenta, quando a OMS reuniu pela primeira vez um “Comitê de Especialistas sobre Pessoal Auxiliar Dentário”, em 1958, com o

objetivo de orientar e melhorar o uso de auxiliares e estendê-lo aos países que possuíam programas de saúde bucal. Esse Comitê tratou de elaborar uma classificação do pessoal auxiliar odontológico de acordo com suas funções nos serviços de saúde bucal. No relatório apresentado pelo Comitê, os vários grupos de pessoal auxiliar foram definidos como *“aqueles indivíduos que estão sujeitos à supervisão e direção de profissionais treinados (isto é, dentistas); em outras palavras, eles são o pessoal auxiliar de cujas operações e atos seu supervisor, o dentista, é o responsável”*. Ainda segundo o Comitê, no que se refere às funções, o “pessoal auxiliar treinado provê o dentista com assistência que vai aliviar suas próprias mãos e seu próprio trabalho, a fim de que ele possa devotar-se mais completamente à realização daqueles serviços que requerem especificamente suas habilidades e conhecimentos, e que não poderiam ser executados com segurança por um indivíduo com menor experiência e formação profissional”. A classificação final do pessoal auxiliar odontológico foi realizada da seguinte forma:

- assistente clínico;
- técnicos em laboratório dentário;
- higienista dental e
- enfermeira dental escolar.

Em 1967, a OMS reuniu novo grupo de trabalho que propôs a classificação de pessoal auxiliar odontológico em dois grupos bem abrangentes:

- **auxiliar operatório** e
- **auxiliar não-operatório** (clínico e de laboratório) - classificação mais aceitável hoje pela maioria dos profissionais da área, estabelecendo outra tentativa importante para melhor entendimento e agrupamento dos componentes dessa força de trabalho.

Em 1970, a Organização Pan-Americana da Saúde, braço da Organização Mundial de Saúde na região das Américas, publicou um documento de grande relevância sobre a “Utilização de Auxiliares Dentários e a Educação na América Latina”, como resultado de um estudo detalhado sobre o tema. Tal estudo contou com a participação de vários países e com o mapeamento dessa força de trabalho e suas propostas de formação em praticamente todo o continente americano. Vinte e quatro países receberam questionários sobre utilização e formação de pessoal auxiliar, demonstrando diferentes denominações para o mesmo tipo de auxiliar. A fim de minimizar a confusão e facilitar a metodologia do trabalho, um sistema de classificação foi desenvolvido, baseado nas funções realizadas pelos auxiliares. Foram definidos cinco tipos de pessoal auxiliar, conforme descrito a seguir:

- Tipo I: executam apenas trabalho de laboratório de prótese dentária.
- Tipo II: podem ou não executar as funções do Tipo I. Além disso, fazem o trabalho de recepcionistas e/ou obrigações domésticas (exemplo: marcam consulta, esterilizam instrumentos, limpam o consultório, etc), *mas não assistem o dentista durante suas atividades clínicas e não realizam nenhuma atividade em pacientes diretamente na boca.*
- Tipo III: pode ou não executar as funções do Tipo II. Além disso, assiste o dentista no trabalho clínico (exemplo: passa instrumento, manipula materiais dentários), *mas não realiza nenhuma atividade em pacientes diretamente na boca.* Eventualmente, auxiliares nesta categoria podem executar serviços diretos descritos no Tipo IV, mas em pequena escala.
- Tipo IV: pode ou não executar as funções do Tipo III. Além disso, provê um ou mais serviços para pacientes diretamente na boca (exemplo: limpeza e aplicação de agentes tópicos preventivos no dente), *mas não realizam nenhuma atividade clínica cirúrgica, operatória, ou restauradora em pacientes.*
- Tipo V: pode ou não executar as funções do Tipo IV. Além disso, *realiza serviços clínicos cirúrgicos, operatórios, e/ou restauradores diretamente no paciente.*

Os países das Américas que responderam ao estudo relataram cinco tipos de auxiliar odontológico que foram classificados da seguinte forma:

1. **Técnico de laboratório dentário** (Tipo I) - Grupo mais encontrado nos países, composto em geral de homens, cujas funções incluem trabalhos de laboratório de prótese dentária (tais como a fabricação de dentaduras e restaurações metálicas, além de aparelhos dentários).
2. **Assistente dentário** (Tipo III) - Grupo composto tradicionalmente de mulheres; executam atividades de assistência clínica ao dentista, desde a recepção e preparação do paciente até a preparação do instrumental e material a ser utilizado durante o tratamento bem como sua limpeza e re-utilização. Esse profissional cuida também dos documentos dos pacientes (preenchimento de dados e arquivagem de fichas clínicas, etc), bem como da assistência nas tomadas radiográficas e instruções educativas. Muitas vezes acumulam tarefas não específicas da clínica odontológica, tais como funções de secretária, faxineira, recepcionista e serviços de laboratório de prótese.
3. **Assistente dentário com funções expandidas** (Tipo III, que ocasionalmente executa serviços diretos) - Grupo também composto de mulheres que, além de executarem os serviços de auxílio na clínica descritos no item anterior, realizam alguns serviços intra-orais diretamente nos pacientes, como por exemplo aplicação tópica de fluoretos e tomada de radiografias intra-orais.
4. **Higienista dental** (Tipo IV) - Grupo geralmente integrado por mulheres; executa atividades diretas no paciente tais como: polimento coronário e raspagem de cálculos dentários, aplicação tópica de fluoretos e outras substâncias profiláticas, instruções educativas individuais e coletivas, participa dos levantamentos epidemiológicos e em certos casos do exame inicial de grupos populacionais específicos (escolares, empregados, etc).
5. **Enfermeira dental** (Tipo V) - Grupo ativo encontrado, na época do estudo, em apenas dois países: Colômbia e Paraguai, e em formação em outros dois países da América: Cuba e Jamaica. Esse grupo realizava exame clínico do paciente, profilaxia dentária, colocação de material restaurador em dentes decíduos e permanentes, extração dentária, aplicação tópica de flúor e outros medicamentos preventivos, além da instrução e educação em saúde bucal. Na Colômbia, os

profissionais encontrados eram mulheres trabalhando em escolas públicas, no atendimento de crianças ou nas escolas de odontologia, auxiliando o estudante de odontologia. No Paraguai, esse grupo existente desde 1927, era composto de homens treinados para prover serviços odontológicos para os militares. Seu trabalho incluía desde a aplicação de anestésicos tópicos e restauração dentária até extrações, serviços protéticos e às vezes endodontia.

O pessoal auxiliar existente no Brasil na época desse estudo era diferente do que existe nos dias de hoje. Apenas o protético possuía regulamentação, segundo a lei de exercício do dentista de 1951 (Lei nº 1314 de 17/01/1951), mas uma nova lei (Lei nº 5081 de 24/08/1966) tornou-a sem efeito para os protéticos. Somente mais tarde é que o pessoal auxiliar - primeiro o ACD e o THD (em 1975) e, depois o TPD (em 1979) - têm sua nomenclatura e papel definitivamente estabelecidos, com a definição dos seus perfis profissionais e dos currículos mínimos necessários para sua formação (Ministério da Educação - Parecer nº 460/75, aprovado em 06.02.1975 para o ACD e THD e Lei nº 6710 de 05.11.1979 para o TPD). O Parecer do Ministério da Educação e Cultura/Conselho Federal de Educação estabelece a habilitação do ACD e THD em nível de segundo grau. O Técnico em Prótese Dentária e o Auxiliar em Prótese Dentária são regulamentados novamente, respectivamente pelo Decreto 87.689 de 11/12/82 e pelo Parecer 540/76 do CFE. Além da regulamentação educacional, os profissionais auxiliares em odontologia possuem ainda a regulamentação no Conselho Federal de Odontologia segundo normas específicas de procedimentos profissionais, estabelecidas em Resoluções aprovadas a partir dos anos 80. O Código Brasileiro de Ocupações, editado pelo Ministério do Trabalho, também as codifica para efeito do preenchimento dos seus registros administrativos obrigatórios: a RAIS e o CAGED.

Atualmente são quatro as ocupações auxiliares em odontologia reconhecidas e regulamentadas no Brasil, cujas nomenclaturas e funções resumidas, são listadas a seguir:

- 1. Técnico em prótese dentária:** compete a este profissional executar a parte protética laboratorial dos trabalhos odontológicos, além de treinar e supervisionar o trabalho de auxiliares de prótese dentária no espaço dos laboratórios de prótese.
- 2. Técnico em higiene dental:** trabalha sob supervisão direta do dentista e realiza, além das atividades do Atendente de Consultório Dentário, as seguintes tarefas:

colaborar nos programas educativos e nos levantamentos epidemiológicos como coordenador, anotador, monitor e na educação individual e coletiva sobre prevenção e tratamento de doenças bucais; responder pela administração clínica; supervisionar o trabalho das atendentes; fazer tomadas e revelar radiografias intra-orais; realizar teste de vitalidade pulpar; remover cálculos supra-gengivais; aplicar substâncias preventivas; inserir e condensar material restaurador; polir restaurações; realizar limpeza e antisepsia do campo operatório; remover suturas; confeccionar modelos e preparar moldeiras.

- 3. Atendente de consultório dentário:** orientar pacientes sobre higiene bucal; marcar consultas, preencher e anotar fichas clínicas; manter em ordem arquivo e fichário; controlar o movimento financeiro; revelar e montar radiografias intra-orais; preparar o paciente para o atendimento; auxiliar no atendimento ao paciente; instrumentar o Cirurgião-Dentista e o THD junto à cadeira operatória; promover o isolamento do campo operatório; manipular materiais de uso odontológico; selecionar moldeiras; confeccionar modelos em gesso; aplicar métodos preventivos para controle da cárie dental; proceder à conservação e à manutenção do equipamento odontológico.
- 4. Auxiliar de prótese dentária:** reproduzir, vazar e montar moldes e modelos; prensar peças protéticas, fundir, realizar a curagem, acabamento e polimento de peças.

Em resumo, parece existir uma certa tendência, inclusive internacional, para a padronização do pessoal auxiliar de saúde bucal em quatro ou cinco tipos bastante característicos. Entretanto, é importante discutir essas funções em relação à inserção de tais profissionais no mercado de trabalho, já que a relação com o mercado é também um fator de definição da identidade profissional. Desta forma, é necessário proceder a uma análise desse mercado e dos cenários futuros que envolvem o trabalho desses atores, no sentido de compreender o grau de profissionalização de seu trabalho.

Inserção no mercado de trabalho e cenários futuros para a prática do pessoal auxiliar em saúde bucal

A utilização de categorias ocupacionais auxiliares em saúde vem crescendo na maioria dos países do mundo, tanto em termos quantitativos (aumento do número de trabalhadores empregados), quanto qualitativos (ampliação dos tipos de ocupação).

No Brasil existem hoje, aproximadamente, 2 milhões de trabalhadores no setor saúde. Segundo dados de 1995, 55% destes trabalhadores tinham até primeiro grau (desses, apenas 17% tinham a 8ª série completa) e aproximadamente 30% possuíam até segundo grau completo. Nas três últimas décadas, quase dois terços do crescimento do emprego no setor saúde foi representado por trabalhadores de escolaridade média e elementar, em sua maioria, mulheres, ocupando postos de trabalho pouco qualificados ou sem nenhuma qualificação, de baixa remuneração e com graus elevados de rotatividade.

No campo da saúde bucal, o crescimento da utilização de pessoal auxiliar tem sido cada vez mais intenso, parecendo existir uma tendência mundial crescente para a incorporação e ampliação dessas categorias nos serviços de odontologia. Nos Estados Unidos, por exemplo, os assistentes e os higienistas dentais deverão apresentar um crescimento de 62.6% e 57.0%, respectivamente, até o final da década de 90. Nesse país, em 1950, a relação dentista-pessoal auxiliar era de 1:1 (aqui incluídas as três principais categorias ocupacionais: higienistas, assistentes e técnicos em prótese), passando para 1:1,5 em 1970, com tendência a um aumento crescente da participação de pessoal auxiliar nessa relação. Em 1990, havia um contingente de 47.700 higienistas dentais, 174.900 assistentes dentais e 62.900 técnicos em prótese dental, numa relação dentista-pessoal auxiliar de 1:2.

Nos países da América Latina também se observa a tendência ao crescimento de ocupações auxiliares em odontologia, embora de forma variada. Conforme a publicação "Las Condiciones de Salud en las Américas" (OPAS, 1990), para os 13.815 dentistas existentes na Colômbia, em 1988, haviam 2.631 auxiliares de odontologia registrados. Na Guyana, dados de 1987 revelavam que, para cada dentista existente havia perto de 2,5 trabalhadores auxiliares. Na Jamaica esta relação era de 4,40 auxiliares (enfermeiras e higienistas dentais) para cada dentista registrado em 1988.

No Brasil, o grupo de saúde bucal representado por odontólogos e auxiliares de odontologia (THD, ACD e TPD) ocupam cerca de 5% dos postos de trabalho do pessoal de

saúde, sendo que 85% da equipe odontológica é constituída por dentistas. Observa-se, entretanto, um aumento crescente da demanda por tais postos de trabalho. Entre 1985 e 1987, estes postos aumentaram em 31,6% (AMS, apud Girardi, 1991). Além disso, se considerarmos o pessoal contratado pelo setor privado para executar trabalhos administrativos (atendimento de telefone, recepção, agendamento de pacientes etc.), mas que ao mesmo tempo executam atividades clínicas, certamente teremos um número de auxiliares bem maior do aquele listado pelos dados oficiais disponíveis.

É praticamente consenso entre diversos autores que a utilização de pessoal auxiliar melhora a qualidade da assistência odontológica, não só pelo aumento da produtividade e da cobertura dos serviços, mas também pela elevação da qualidade do atendimento, quando realizado por uma equipe composta por dentistas, higienistas e auxiliares dentais. Mudanças na forma de organização dos serviços e no modelo assistencial são também apontadas como consequência da sua utilização. Baker (apud OMS, 1979) argumenta que a incorporação de assistentes e técnicos no campo da odontologia implica num crescimento significativo da produtividade. De acordo com este autor, a odontologia oferece um dos melhores exemplos de aumento da produtividade por delegação de funções. Relatórios da Austrália, Canadá, Escócia, Estados Unidos e Nova Zelândia demonstram a utilidade de delegar funções a ajudantes. Em um estudo realizado em 1968, nos Estados Unidos, observou-se que o número de pacientes atendido pelo dentista aumentava à medida que se empregava mais pessoal auxiliar, chegando a ser 239% superior quando o dentista empregava três auxiliares em jornada integral.

Apesar de sua importância na prestação de serviços e de seu peso crescente nas equipes de saúde, chama a atenção a forma mais ou menos precária com que tais categorias se inserem no mercado de trabalho odontológico: em geral ocupam postos de trabalho pouco qualificados, mal remunerados e de elevada rotatividade. No Brasil, por exemplo, as categorias auxiliares de saúde estão entre as ocupações menos remuneradas. Segundo dados do “Boletim de Análise de Mercado de Trabalho em Saúde” (Ministério da Saúde, ano 2, nº 3), o salário médio mensal de trabalhadores dos serviços médicos/odontológicos com nível de *segundo grau* é de R\$348,00. Estudos recentes realizados em São Paulo e em Minas Gerais demonstraram que, em geral, o ganho médio mensal do ACD e do THD figurava em torno de 1 a 4 salários mínimos. Além disso, tais trabalhadores têm pouca legitimidade para o exercício de sua ocupação e, na maioria dos casos, eles não constituem uma categoria ocupacional consolidada, estando mais vulneráveis às oscilações do mercado de trabalho e das políticas sociais.

De qualquer forma, estas ocupações estão aumentando sua participação no mercado de trabalho em saúde e têm dado uma importante contribuição para a melhoria dos problemas de saúde bucal. Ademais, um fenômeno crescentemente observado é a sua organização em distintas associações corporativas, mais ou menos autônomas ou independentes, conforme o país em questão. Nos Estados Unidos, por exemplo, os higienistas dentais estão organizados em associações por todos os estados e desde 1923 possuem uma associação nacional que luta pelos seus direitos. Possuem ainda jornais e publicações próprias e participam de congressos e seminários, recebendo inclusive o apoio dos dentistas, através da Associação Dentária Americana. Em alguns estados, como por exemplo no estado do Colorado, existe permissão para que os higienistas dentais possam executar certos procedimentos *sem* a supervisão do dentista e até mesmo de possuir seu próprio “consultório”, onde são prestados, exclusivamente, serviços de higiene dental. Na Inglaterra não é diferente: as quatro categorias auxiliares em odontologia empregadas tanto no setor público quanto no privado, possuem associações, publicações científicas e jornais, onde estão representados seus interesses profissionais.

Conclusões

Com relação ao pessoal auxiliar odontológico, uma questão importante a ser considerada é a consolidação das práticas de formação e capacitação, com vistas à regulação do exercício dessas categorias ocupacionais. A regulamentação educacional já existe, mas a formação e incorporação deste pessoal têm sido muitas vezes questionada, principalmente por alguns dentistas que vêem nessas categorias uma ameaça à sua posição no mercado. Este fato dificulta o reconhecimento destas categorias e limita qualquer tipo de ação mais eficaz na solução destes problemas. Uma forma de minimizar este problema, seria através da divulgação do trabalho auxiliar, no sentido de esclarecer a regulamentação educacional, a especificidade do seu trabalho e os benefícios para a prática odontológica, buscando sua credibilidade e respeitabilidade enquanto profissional. Os poucos estudos e a precariedade das informações existentes a respeito desse tema, especialmente nos países subdesenvolvidos, são fatores que evidenciam o total descaso por parte das instituições de saúde e dos governos, em relação a essas ocupações. Mais ainda, a falta de interesse pelas categorias auxiliares, está ligada à sua pequena visibilidade política (dada por uma completa insuficiência de representação corporativa) e à falta de dignidade e prestígio social próprias das categorias ocupacionais sem nenhum status profissional.

Uma discussão que se coloca hoje, no Brasil, em relação ao pessoal auxiliar odontológico é a questão da necessidade de redefinição do seu perfil profissional. Já existem vários estudos que avaliam a necessidade de adequação do perfil, levantando uma discussão importante a ser considerada na formulação das políticas de desenvolvimento de recursos humanos em odontologia. Existe um certo consenso, por exemplo, quanto à necessidade de se utilizar uma nomenclatura mais apropriada ao trabalho dessas ocupações.

Em relação às propostas de mudanças no perfil profissional destas ocupações, começam a aparecer algumas idéias novas, especialmente em relação ao THD. Um exemplo importante e polêmico, retratado em alguns estudos recentes (Loureiro, 1994; Ribeiro, Fischer & Marques, 1997; Carvalho, 1991), refere-se à utilização do trabalho do THD, principalmente na prevenção e controle das doenças bucais, nos níveis individual e coletivo. Desta forma, as atividades de inserção e condensação de substâncias restauradoras seriam preferencialmente executadas pelos próprios dentistas. Isto evitaria a fragmentação do trabalho, aumentaria o grau de autonomia e resolutividade do THD e, possivelmente resultaria num maior impacto epidemiológico na redução da cárie e da doença periodontal.

Por outro lado, com os grandes avanços tecnológicos ocorridos nas áreas da dentística e da cariologia, e persistindo a tendência atual de redução dos índices de cárie, é possível que o THD venha a participar de forma mais completa nas atividades de restauração dentária.

Entretanto, é muito importante considerar que, na divisão do processo de trabalho, todo trabalhador deveria ter domínio sobre o princípio, o meio e o fim de seus atos, assumindo a responsabilidade sobre a qualidade dos mesmos (ainda que sob a supervisão do dentista).

Os perfis profissionais do THD e do ACD, definidos hoje pelo Conselho Federal de Educação e pelo Conselho Federal de Odontologia, apresentam alguns pontos polêmicos que merecem ser melhor avaliados. Dentre eles, pode-se destacar:

- ausência das atividades de biosegurança (para o ACD e o THD);
- realização do teste de vitalidade pulpar (esta atividade requer conhecimentos que hoje não fazem parte do perfil do THD);
- remoção de cálculos supra gengivais (é difícil, na prática, estabelecer o limite entre cálculo supra e subgengival).

As atribuições do pessoal auxiliar devem ser cuidadosamente avaliadas no sentido de se desenvolver atributos mais adequados e atualizados. Estes trabalhadores deverão atender às transformações ocorridas na organização dos serviços odontológicos, como por exemplo, a crescente incorporação de novas tecnologias, o desenvolvimento de especialidades no interior da profissão, bem como as mudanças ocorridas no perfil epidemiológico das populações.

Apesar de tudo, pode-se concluir que trata-se de um mercado de trabalho em ascensão, principalmente no setor público, onde os esquemas de atendimento têm privilegiado atividades preventivas de técnicas simples, entre outras, e que **podem e devem** ser executadas por pessoal auxiliar odontológico. A obrigatoriedade de habilitação e registro no Conselho Profissional tem, por outro lado, elevado os padrões dessas categorias, permitindo que a entrada para o mercado de trabalho seja de pessoal qualificado, garantindo a proteção dos interesses do público. Persistindo essas tendências, o salário destas categorias poderá ser colocado num patamar mais elevado. Estudos sobre tais categorias devem ser incentivados, não só porque contribuem para o resgate social de ocupações historicamente relegadas a um segundo plano, mas também pela sua representação cada vez maior dentro do mercado de trabalho em saúde. A resistência do dentista diminuirá na medida em que mais informações sobre esses profissionais estejam disponíveis, esclarecendo sobre a importância e indispensabilidade do trabalho auxiliar odontológico.

Referências bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim de análise de mercado em trabalho em saúde*. Ano 2, n.1, 1997.
- CARVALHO, C.L. *La emergencia y el significado de las carreras intermedias en odontología en los Estados Unidos y America Latina*. Projeto de estudo realizado para a Panamerican Health Organization. Washington D.C., 1991.
- CARVALHO, C.L. *The dental professionalization and the formation of the consumer market for dentistry*. Baltimore: The Johns Hopkins University, 1994. (Dissertação, Pós-Doutorado).
- CARVALHO, C.L. & LOUREIRO, C.A.S. A inserção da odontologia na saúde escolar. In: *Caderno de Odontologia*. PUCMinas, v.1., n.1., nov. 1997.
- COLE, R.B. & COHEN, L.K. Dental Manpower: estimating resources and requeriments. In: *O'Shea R.M. & Cohen, L.K. Toward a sociology of dentistry*. The Milkbank Memorial Fund Quartely. Vol. XLIX, n.3, jul. 1971. Part 2.
- DRUMOND, M.B. & PESSOA, R.C. *Caracterização do profissional Técnico em Higiene Dental no serviço público de saúde do município de Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Departamento de Odontologia da PUCMG, 1997. (Dissertação de Especialização).
- GIRARDI, S.N. Estrutura ocupacional da saúde no Brasil. In: *Documentos da Comissão Nacional de Planos de Cargos e Salários*. Brasil: Ministério da Saúde, 1991. (Mimeogr.).
- GOMEZ, R.O. et al. *El aporte de la Universidad de Antioquia a la odontología latinoamericana*. Educ. Méd. Salud, v.12, n.4:349, 1978.
- HERMOSILLO, georgina G. et al. *Formación y utilización de recursos humanos odontológicos en México*. Educ. Méd. Salud, vol.12, n.4: 457, 1978.
- JIMÉNEZ, A. y GÓMEZ, O. Utilización de la "Enfermeira Dental" para mejorar el Plan de Estudios de una Facultad de Odontología. En: *Boletín De La Oficina Sanitaria Panamericana LXVIII*: 416-435, 1970.
- KENNEDY, D. P. *El Programa de Odontología Auxiliar de Nueva Zelândia*. Crónica de la OMS, v. 25, n.2: 60-65, 1971.
- LOUREIRO, C.A.S. *Sistema de inversão da atenção*. Belo Horizonte: Estação Saúde, 1994. (Mimeogr.).
- MENDES, E.V. & Mendes, E.G. Considerações sobre pessoal odontológico. In: *Pontos de odontologia sanitária*. Belo Horizonte, 1968. (Mimeogr.).
- MOTLEY, Wilma E. *Ethics, jurisprudence and history for the dental hygienist*. Philadelphia: Lea & Febiger, 1976.
- _____. *History of the American Dental Hygienist's Association: 1932-1982*. Chicago, 1983.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Planificación del personal de salud: principios, métodos, problemas*. Edición preparada por Hall, T.L. y Mejía, A. Ginebra, 1979.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Dental auxiliary utilization and education in Latin America*. Document n. HP/DH/3 (Results of two studies conducted by the Pan American Health Organization by Stephen J. Garza). Washington D.C., 1970.
- RIBEIRO, E.S., FISCHER, G.E. & MARQUES, M.C.M. *Perfil do Técnico em Higiene Dental em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Departamento de Odontologia da PUCMG, 1997. (Dissertação de Especialização).
- THE CARNEGIE COMMISSION ON HIGHER EDUCATION. *Higher education and the nation's health policies for medical and dental education, a special report and recommendation*. New Jersey: Mc Graw-Hill Book Company, 1970.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES. Public Health Service. Health Resources and Services Administration's Bureau of Health Professions. *Sixth Report to the President & Congress On the Status of Health Personnel In the United States*, 1987.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Expert Committee on Auxiliary Dental Personnel. *Technical Report Series*, n.163. Gineva, 1959.

Texto 06

PRINCÍPIOS PARA A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL

Marcos Azeredo Furkim Werneck ()*

Introdução

Ao iniciarmos a discussão sobre os princípios organizacionais dos serviços de saúde bucal, devemos nos colocar diante de algumas perguntas básicas tais como:

- **PARA QUEM** estamos organizando estes serviços?
- **ONDE** eles serão implementados?
- **QUAIS OS RECURSOS** de que dispomos?
- **COMO e QUANDO** pretendemos efetivá-los?

Além disto, não podemos nos esquecer do fato de que a organização dos serviços de saúde bucal deve sempre levar em conta os princípios básicos do SUS. Assim, constantemente, deverão ser elaboradas estratégias que garantam: a universalização do acesso dos usuários às informações disponíveis e aos serviços de saúde bucal existentes; a integralidade da atenção através de uma rede hierarquizada de serviços; e a participação da sociedade nos momentos de planejamento, implementação e avaliação dos programas, efetivando o princípio do controle social.

(*) Cirurgião-Dentista; Professor Adjunto da Faculdade de Odontologia da UFMG; Doutor em Odontologia Social; Coordenador do Mestrado em Odontologia – Área de Concentração em Saúde Coletiva da FOUFGM.

Para que estes serviços sejam eficazes, será necessário que sua organização se dê, preferencialmente, no espaço dos municípios ou dos distritos sanitários, contemplando, então, os princípios da descentralização e da regionalização.

Os serviços odontológicos deverão, também, em cada região em que serão implementados, ser organizados a partir de estudos confiáveis, sobre:

- as condições sócio-econômico-culturais que definem a qualidade de vida e de saúde das pessoas;
- a realidade de saúde bucal das populações com as quais e para as quais se vai trabalhar.

Estes estudos deverão, ainda, buscar a conformação de um novo processo de trabalho, através:

- da implementação de uma adequada política de recursos humanos (objetivando contar com servidores qualificados e comprometidos com a proposta dos serviços);
- da melhoria das condições de biossegurança e do ambiente de trabalho;
- da incorporação de tecnologia moderna e atualizada;
- da redefinição do papel da equipe de saúde.

A organização do trabalho deverá fazer com que as ações e serviços de saúde bucal respondam às demandas da população de forma justa e eficaz (princípio da equidade), proporcionando sua responsabilização com a melhoria da qualidade da saúde bucal dos usuários.

Finalmente, é fundamental ter clareza de que não existem modelos previamente concebidos, aos quais se deva seguir, passo a passo, para a implementação de serviços de saúde bucal. Existem experimentos que podem e devem ser estudados. Mas, o que realmente importa, é que sejam seguidos os princípios básicos para uma adequada organização de serviços em cada local.

O processo de territorialização

Como já vimos anteriormente, a descentralização visa uma melhor organização dos serviços, respeitando as diferentes características de cada região em nosso país. Além disto, tem por objetivo conferir maior autonomia aos dirigentes e trabalhadores da saúde para, juntos com a população, conhecer a realidade de cada local. Assim, com base neste conhecimento, planejar, implementar e gerenciar programas de saúde que respondam, com adequação e eficácia, aos problemas e às demandas ali identificados. A partir da descentralização desencadeiam-se os processos de regionalização e de municipalização da saúde.

Com a implantação do SUS (buscando a regionalização e, principalmente, a municipalização), alguns conceitos vêm sendo estudados e desenvolvidos no esforço de subsidiar o planejamento e a organização dos serviços de saúde. Dentre estes conceitos, estão os de território, de área de abrangência e de área homogênea. Tentaremos aprofundar um pouco no conceito de território.

Por território compreendemos não apenas uma área geográfica delimitada (com características de relevo, clima e vegetação próprias) mas, também, um espaço social onde vive uma população e onde a organização da vida destas pessoas em sociedade obedece a um processo historicamente construído. Cada território, que pode ser a área de municípios ou de distritos sanitários, apresenta características próprias conformando uma realidade, que, a cada momento lhe é peculiar e única.

Desta forma, em cada território, existem diferentes formas de relação entre as pessoas e, destas com a natureza; diferentes formas de trabalho, com diferentes formas de relação das pessoas com o trabalho; diferentes crenças e religiões; diferentes níveis de acesso à educação. Enfim, várias outras diferenças que determinam e refletem as condições com que as pessoas estão construindo suas vidas, suas cidades, suas relações e suas

sociedades. Portanto, em cada território há uma história sendo construída: um processo social em constante construção.

Este processo definiu e vem definindo, ao longo do tempo, uma sociedade com classes sociais diferentes, com diferentes culturas, diferentes condições de vida e de acesso aos serviços, inclusive os de saúde. As diferenças geram, nas pessoas, maiores ou menores chances de estarem sadias ou doentes. Geram, ainda, formas diferentes de se sentirem sadias ou doentes.

Assim, se a saúde das pessoas em um dado local e em um dado momento é determinada por todo este conjunto de fatores, a organização dos serviços de saúde deverá sempre levá-los em conta, para que os diagnósticos, a definição das prioridades e das formas de atuação sejam mais justas, adequadas e eficazes. Os serviços não podem se basear apenas nos estudos da origem biológica das doenças. É preciso conhecer **onde**, em **quem**, com que **freqüência** e **como** as doenças ocorrem. Saber, também, **por quê** ocorrem. É necessário conhecer as condições em que vivem as pessoas enfermas, o valor que elas atribuem a estas doenças e os prováveis fatores que determinam e condicionam o aparecimento e a manutenção destas enfermidades.

Quanto aos serviços de saúde bucal, esta percepção do território enquanto um processo constitui-se em um ponto de partida para a construção de uma nova cultura organizacional e seu ingresso definitivo em um novo processo de trabalho em saúde.

Definição da clientela prioritária

Ao perguntarmos **para quem** estamos direcionando os serviços de saúde bucal, faz-se necessário responder às seguintes questões:

- **O quê e quanto** conhecemos a respeito da região em que vamos trabalhar e das pessoas que vivem nela?
- **De quais** recursos dispomos?
- Conseguiremos, de início, responder à demanda de tratamento de todas as pessoas? Se não, a **quem** deveremos atender primeiro?

As respostas a tais indagações somente serão possíveis através da realização de estudos para chegar a um conhecimento bastante preciso acerca da realidade do local em que se pretende trabalhar.

Neste caso, estes estudos deverão incluir inquéritos epidemiológicos e as mais completas interpretações sobre seus resultados, com a finalidade de definir, com grande margem de acerto, o **risco epidemiológico** das pessoas em relação às doenças e agravos ali observados. Deverão incluir, também, o maior número possível de dados acerca da realidade sócio-econômica e cultural da população e, a partir deles, estimar o **risco social** de se adoecer. Por fim, deverão conter um diagnóstico completo sobre a **situação** dos serviços de saúde bucal (condições físicas e materiais, os recursos humanos e financeiros).

De posse destas informações, deverão ser discutidos entre profissionais do serviço e população: as necessidades e os problemas de saúde da população; os riscos social e epidemiológico; as possibilidades de atuação dos serviços. Aspectos estes que, somados, tornam-se fundamentais na definição do(s) grupo(s) populacional(ais) que irão constituir a **clientela prioritária**. Neste processo buscar-se-á a construção de uma nova forma de agendamento e o direcionamento das ações rumo ao princípio da universalização do acesso.

Processo de trabalho - a equipe odontológica na equipe de saúde

Pode-se afirmar que, tradicionalmente, os serviços de saúde preocuparam-se apenas com a existência da doença instalada em indivíduos e tiveram, como objetivo maior, a sua cura. Desta forma, eles se organizaram partindo da determinação biológica das doenças e utilizando a tecnologia existente (saber, equipamentos e insumos) para, nos moldes da epidemiologia clínica, transformar "*doente em são ou, doença em cura*". Ainda hoje, muitos serviços possuem estas características: só são capazes de ofertar aos doentes, atos médicos individuais, tempo e medicamentos, enquanto houver a doença. O paciente curado retorna para seu local de origem onde, se sua doença tiver sido provocada por fatores ignorados pelos serviços, muito provavelmente, dentro de pouco tempo, ele tornará a contrai-la.

No entanto, após o surgimento das idéias da Reforma Sanitária, os serviços vêm procurando reorientar sua prática a partir do conhecimento da realidade em cada território e da compreensão da determinação social da doença. Com isto vêm buscando, através da utilização de tecnologia apropriada, identificar as *formas de adoecer e de morrer dos*

indivíduos das diferentes classes sociais, e estabelecer formas de intervenção para sua solução. Estas novas "formas de intervenção" só serão possíveis se acompanhadas por uma radical transformação do processo de trabalho.

Assim, o paciente individual dá lugar ao paciente coletivo. Aqui, os atos médicos são organizados e executados coletivamente, envolvendo profissionais de todas as áreas. A informação, compartilhada com a população, passa a ser instrumento fundamental no enfrentamento dos problemas. Neste caso, há um claro objetivo de promoção de saúde.

Os serviços de saúde bucal, historicamente, ocuparam uma posição de certo isolamento em relação às demais áreas no interior do setor de saúde. A odontologia organizou praticamente todas as suas ações e serviços no combate à cárie dentária, atendendo, sistematizadamente, uma faixa etária pequena, de uma população basicamente composta por escolares do 1º Grau. Este atendimento fundamentou-se no modelo de atenção que buscava a cura de doenças instaladas. A equipe odontológica, embora tenha apresentado alguns avanços significativos em sua composição, com o surgimento do ACD e do THD, esteve sempre circunscrita aos atos individuais e subordinada ao modelo de prática acima descrito.

A reorganização do processo de trabalho em saúde bucal se concretizará a partir de uma prática efetiva que possibilite os seguintes aspectos:

- a) a reorganização interna da equipe de saúde bucal, com redefinição de papéis; conhecimento, por parte de seus membros, acerca dos objetivos dos programas, dos meios para alcançá-los e das formas de participação nos diversos momentos de avaliação. Isto significa que cada membro da equipe deverá conhecer não apenas suas funções técnicas específicas mas, além destas, saber responder pelo programa em seu sentido maior, no bojo de um modelo de atenção em saúde bucal;
- b) a integração da equipe de saúde bucal com toda a equipe de trabalho da unidade de saúde: cada trabalhador deverá conhecer o programa global de saúde da unidade, estar inserido no processo de planejamento e se reconhecer enquanto agente ativo deste processo.

Controle social

O controle social constitui um processo lento e complexo de participação dos trabalhadores de saúde e da sociedade civil (ainda que com graus diferenciados de informação), nos diversos momentos de planejamento, implantação, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde bucal. Trata-se de um processo absolutamente necessário quando se almeja alcançar a transparência, a equidade e a democratização nestes serviços.

Recursos necessários

Não será possível organizar as ações e serviços de saúde bucal sem a existência de:

- a) recursos humanos devidamente capacitados para compreender o novo processo de trabalho e para atuar efetivamente nos programas propostos;
- b) recursos tecnológicos que possibilitem a transmissão e a produção de saberes e de práticas, bem como a existência de ferramentas que instrumentalizem os serviços e impulsionem seu crescimento.

Sistema de informação

A criação de um sistema de informação é aspecto fundamental na organização dos serviços de saúde, notadamente nos momentos de planejamento e avaliação. Este deverá permitir a construção de um banco de dados que contenha os diversos indicadores necessários às avaliações periódicas, ao replanejamento e redirecionamento das ações, bem como a realização de avaliações dos resultados e do impacto das mesmas.

Referências bibliográficas

DONATO, A.F. et al. Sistemas locais de saúde, território e cidadania. In: *Seminário "Papel do distrito sanitário na reorganização do sistema de saúde"*. Salvador: s.n., 1989.
(Mimeogr.).

Texto 07

ADMINISTRAÇÃO DOS SERVIÇOS LOCAIS DE SAÚDE BUCAL

Rubens Menezes Santos ()*

Pretende-se reportar neste texto a dinâmica de atuação para se administrar, no nível local, um serviço de saúde bucal, visando uma melhor atenção à população. Ao se falar em serviço local já estamos nos referindo a um serviço descentralizado, o que é um fator preponderante para a organização de qualquer proposta de atenção que se queira implantar.

É sempre bom ressaltar que o modelo de atenção odontológico proposto estará dentro dos princípios doutrinários e organizacionais que regem o Sistema Único de Saúde. Portanto terá de ter um caráter de universalização, hierarquização, equidade, enfim, será consoante com todo o pensamento regente da Reforma Sanitária.

Quando se pretende administrar um serviço de assistência odontológica, buscando operacionalizar um novo modelo de atuação, vem sempre em nosso pensamento que ele deverá ter, predominantemente, um caráter de controle e prevenção das doenças bucais. E mais, deve possuir a característica de universalização, ou seja, que estas ações sejam levadas para todas as pessoas.

E quem são estas pessoas? Ora, pensando no modelo preconizado pelo SUS, onde existir um centro de saúde, existirá uma área de abrangência delimitada para ele. Dentro desta área de abrangência, além dos trabalhadores de saúde da unidade, existem pessoas que participam das discussões e decisões sobre o atendimento à saúde que será oferecido para elas, e que conformam o Conselho Local de Saúde. Portanto, este é um fórum de deliberação onde se decide a prioridade do atendimento.

Neste processo, sabemos que as ações curativas são necessárias e que é importante dar resposta a esta demanda, porém elas não devem se sobrepor às ações de controle e prevenção. Sabemos, inclusive, que um modelo assistencial apenas cirúrgico

(*) Cirurgião-Dentista; Mestre em Clínica Odontológica pela FOUFG; Coordenador de Saúde Bucal da SMS/BH; Professor Assistente III das disciplinas Clínica Integrada I e Clínica Odontológica I do DOPUC/MG.

restaurador não é capaz de controlar as doenças da cavidade bucal, e elas acabam sendo mutiladoras, como se viu durante décadas neste país.

Para se operacionalizar a assistência em saúde bucal é necessário conhecer a população a ser atendida. Uma das formas de conhecê-la é através da coleta de dados que possam nos informar qual a real situação de saúde-doença bucal desta população. Este é um instrumento epidemiológico que vai ajudar no **planejamento da ação**, responder **quem** será atendido primeiro e **que tipo** de ação será mais necessária.

É importante verificar a capacidade operacional de cada equipe odontológica para, junto com os dados de necessidades da população, poder se planejar qual o potencial de trabalho que aquela unidade possui. Para isso é necessário saber o número de equipamentos e recursos humanos disponíveis. Quanto maior o número destes, mais resolubilidade o sistema terá. Por exemplo: se temos um dentista e uma auxiliar trabalhando em um consultório isolado e tradicional, certamente sua produção será em torno de três vezes menor que em um local que dispõe de três consultórios (módulo de 3 equipamentos), um dentista, uma ACD e dois THDs. O que opera este aumento de produtividade é o incremento de pessoal auxiliar, que além de contribuir em muito para o tratamento curativo, é essencial para que os programas preventivos sejam efetivos. Todo o trabalho auxiliar, seja de forma direta (tais como a ajuda ao dentista, os processos de educação em saúde e os procedimentos preventivos), ou de forma indireta (como desinfecção e esterilização) contribuirá para o bom andamento do programa de saúde bucal. Fica evidente que o trabalho em equipe será muito mais eficaz do que o trabalho isolado.

Em se tratando de trabalho em equipe, é relevante salientar que não só a relação da equipe odontológica entre si é importante. Também a relação com as outras equipes de saúde se torna um elemento essencial, pois a questão da saúde bucal está intimamente ligada ao processo saúde-doença geral da população, onde não só a equipe odontológica vai atuar.

Não se pode esquecer que, para se administrar um serviço, é fundamental que se tenha uma avaliação constante do andamento do mesmo. Para isto, instrumentos que meçam a produção são necessários para que, cruzados com os dados epidemiológicos levantados anteriormente, possam nos mostrar o impacto que a nossa conduta clínica, enquanto prestador de serviço, tenha causado na população que foi atendida.

Um outro ponto a levantar quanto à administração de um serviço local, é a nossa capacidade de controle sobre o estoque de medicamentos e material de consumo, para que

não haja perda nem falta, acarretando prejuízo para o funcionamento do serviço. Ter um controle de estoque sempre em dia e regularmente atualizado, fará com que a gerência saiba do que necessitará requisitar, bem como possibilitará saber como está a relação entre gasto e produção.

Além disto, é necessário ter uma estimativa de quais instrumentos serão usados no dia a dia do trabalho odontológico. O número e a forma de acondicionamento devem estar de acordo com a capacidade operacional da equipe, a fim de garantir o tempo para a sua esterilização, não permitindo, desta forma, a dispensa de pacientes por insuficiência de instrumental.

Outro fator de ordem administrativa que deve ser levado em consideração, diz respeito à manutenção preventiva dos equipamentos que estão sob a responsabilidade do profissional. Por ser um equipamento que exige um grau complexo de utilização e que se compõe de partes consideradas frágeis, é muito comum que se danifiquem, prejudicando de maneira absoluta o atendimento. Por isto a manutenção técnica deverá ser feita periodicamente e com pessoal competente para tal. Toda a equipe deverá realizar os procedimentos de manutenção preventiva adequados e essenciais para a longevidade do equipamento.

Verificamos, então, que algumas condições são imprescindíveis para uma boa gerência administrativa local: o domínio e o conhecimento sobre o modelo de atenção, a participação da população nas decisões sobre o atendimento, o trabalho em equipe e os dados epidemiológicos; assim como o espaço físico, o material de consumo, o equipamento e os dados de produção do serviço.

Convém reforçar mais uma vez, que este é um processo dinâmico, onde mudanças podem ocorrer diversas vezes durante a sua operacionalização. Este processo é passível de avaliações e críticas na sua construção, podendo-se até alterar seu rumo, se assim a necessidade do nível local determinar. A gerência deverá ter sensibilidade para perceber estes momentos e realizar as mudanças requisitadas, considerando que nenhuma norma administrativa deverá se encerrar em si mesma, e sim procurar ser instrumento para alcançar o objetivo proposto pelo serviço.

Referências bibliográficas

- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil* ; título VIII, capítulo II, seção II: da saúde. Brasília, 1988.
- BRASIL. Lei n. 8080 - 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
- BRASIL. Lei n. 8142 - 28 dez. 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *ABC do SUS*; doutrinas e princípios. Brasília, 1990.
- FERREIRA, R.C., ROCHA, R. J., SANTOS, R. M. *Bases para a construção de um novo modelo de atenção odontológica para o município de Belo Horizonte / MG*. Belo Horizonte, 1993. (Mimeogr.).
- FLEURY, S. Equidade e reforma sanitária; Brasil. In: *Revista Saúde em Debate*, n. 43, jun., 1994.

Texto 08

GERENCIAMENTO E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Arlindo Gonçalves Ferreira ()*

Nos serviços de saúde, o melhor desempenho e os melhores resultados têm sido alcançados por aqueles que, através do desenvolvimento da capacidade gerencial, conseguiram estimular a criatividade dos trabalhadores reinventando, a partir do conhecimento de todos, o cotidiano do trabalho.

Por sua vez, o Sistema Único de Saúde tem obtido melhores resultados nos municípios que, ao assumirem a gestão do sistema, investiram no desenvolvimento da sua capacidade gerencial nos níveis central, distrital e local, como condição necessária para o cumprimento do seu papel constitucional de "planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde".

O processo de descentralização decorrente da implementação do SUS, ao definir as áreas de abrangência sob responsabilidade dos centros de saúde, ou seja, das equipes locais de saúde, reafirma a importância da gerência, por ser a unidade local a porta de entrada do sistema e também pela possibilidade que representa para a interlocução entre população usuária e instituição pública prestadora de serviços.

O trabalho desenvolvido a partir de áreas de abrangência possibilita conhecer melhor as necessidades de saúde da população, adequar as ações de saúde desenvolvidas às exigências de qualidade colocadas pelos cidadãos e estabelecer uma relação de compromissos entre trabalhadores e população.

Para o gerenciamento é importante compreender que a unidade de saúde faz parte de uma rede de prestação de serviços e que, dentro desta rede, ela tem um papel específico

(*) Cirurgião-Dentista; Especialista em Odontologia Social; Professor Assistente III da disciplina Clínica Integrada I no DOPUC/MG; Técnico do Distrito Sanitário Leste, SMS/BH.

e limitado. Assim sendo, o gerenciamento depende de articulações com outros níveis do sistema e com outros setores para resolver os problemas de saúde ali apresentados.

Conforme já foi discutido anteriormente, o processo de planejamento das ações de saúde, a nível local, requer dentre outras coisas, o conhecimento das necessidades reais de saúde da população adscrita. Entretanto, a busca desse conhecimento se dá a partir de uma decisão político-institucional, onde se faz necessária uma articulação entre a população e toda a equipe de saúde. O desenvolvimento deste trabalho irá depender, também, da capacidade do gerente de mobilizar os recursos necessários para este fim.

Realizados o planejamento e a programação, compete ao gerente **conduzir e administrar** a unidade de saúde, de forma a propiciar que a equipe produza as ações necessárias para o alcance dos objetivos estabelecidos em conjunto com os outros níveis do sistema, com a população e com os trabalhadores. Não é uma tarefa fácil: trata-se de um trabalho complexo e muitos são os recursos a serem gerenciados (humanos, técnicos, administrativos e políticos). É importante administrar as relações internas e externas à equipe de trabalho, a fim de garantir a produção dos serviços de saúde; os conflitos de interesses que atravessam o dia a dia da unidade também precisam ser administrados.

O gerenciamento deve ser norteado pela finalidade da unidade, ou seja, a assistência. Portanto, a programação de material, o controle de frequência, a programação de férias, os cuidados com a área física, a manutenção de equipamentos, a organização da recepção, os registros de dados e a administração dos conflitos do cotidiano devem ser minuciosamente cuidados pelo gerente, pois estes são insumos importantes para melhoria do acesso, da qualidade dos serviços prestados e da satisfação dos usuários.

Para se alcançar esses objetivos, a avaliação se coloca enquanto um importante instrumento de trabalho, pois permite ao gerente redirecionar o trabalho da unidade, além de contribuir para as constantes e necessárias tomadas de decisão que cabem à equipe a todo momento.

Quando avalia-se um serviço de saúde, busca-se determinar a importância, para a população, das ações de saúde nele desenvolvidas. Isto pode ser verificado, dentre outras formas, através de inquéritos populacionais, levantamento epidemiológico ou análise de dados disponíveis na unidade.

No dia a dia das instituições, as dificuldades mais comuns para a implementação de processos de avaliação se dão:

- pela dificuldade de aplicar metodologias que não fiquem restritas a avaliações quantitativas;
- pela insuficiência de dados disponíveis e confiáveis;
- pelo significado de submeter o trabalho e as pessoas a processos de avaliação, que na maioria das vezes, reproduzem o caráter punitivo das avaliações convencionalmente utilizadas pela escola, e que, além de não responsabilizarem os trabalhadores no processo, afasta-os do desejo de compreenderem o valor do seu trabalho;
- pelas dificuldades que o gerente encontra para implementar as mudanças que um processo de avaliação aponta como necessárias para melhorar a qualidade da assistência.

Apesar disso, e dada a importância da contribuição dos processos de avaliação, vários instrumentos têm sido construídos e experimentados, com resultados que apontam para sistemas de avaliação mais participativos e eficazes.

A avaliação de maneira geral, deve verificar como está se dando, na prática dos serviços, a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção, bem como qual o significado desses princípios para a vida do cidadão que busca o serviço de saúde.

Uma questão importante para a avaliação é a evidenciação da finalidade dos serviços de saúde: eles existem ou deveriam existir em função das necessidades, problemas ou sofrimentos que uma determinada população apresenta, ou seja, o serviço deveria existir para resolver os problemas de saúde das pessoas que dele precisam.

Havendo clareza da finalidade do serviço e conhecendo-se bem as condições de saúde da população e os recursos de que se dispõe, o processo de avaliação pode se orientar a partir de reflexões, tais como:

- quantos são os profissionais que compõem a equipe de saúde?

- quais são os recursos físicos e materiais de que dispõe a equipe de saúde?
- o quê e como fazem?
- quanto fazem?
- para quem fazem?
- qual o significado do quê e quanto fazem para a população sob sua responsabilidade?
- e o que mais podem fazer para melhor responder às necessidades colocadas pela população, percebidas pelos técnicos e registradas pelos sistemas de informação?

Ao responder tais perguntas de forma sistematizada está-se avaliando os processos que compõem o trabalho da equipe, os resultados produzidos pela intervenção da unidade de saúde, bem como reorientando as novas intervenções propostas.

O processo de avaliação não necessariamente tem ou deve trabalhar com todos os dados de um serviço (isso o tornaria muito lento e atrasaria as intervenções necessárias na condução da unidade). Pode-se avaliar a partir da investigação de situações desfavoráveis que ocorrem nos serviços, como por exemplo, problemas que ocorrem apesar da existência de tecnologia e recursos que poderiam evitá-las; ou a partir de problemas considerados importantes pela equipe e população e que sejam de responsabilidade e competência da unidade.

Além de levantar os dados ou fatos que ocorrem na unidade de saúde e que têm repercussão na qualidade da assistência, é fundamental interpretá-los, de forma a possibilitar à equipe de trabalho tomar as decisões cabíveis para resolvê-los. Entretanto, não se trata apenas de validar ou não uma ação de saúde, mas também de identificar os problemas que ocorrem na sua execução. Por exemplo: na odontologia, a avaliação de um procedimento preventivo realizado de forma coletiva, além de medir o impacto da ação no controle da cárie dental, deve identificar também se houve problemas que interferiram na implantação do mesmo (problemas estes que podem ser relativos à infra-estrutura, à equipe, ao gerenciamento, à população, etc.).

Na medida em que o trabalho é reorganizado, é possível melhorar o acesso e a qualidade dos serviços. Assim, novas possibilidades são construídas, pois as constantes avaliações podem aferir os resultados e reorientar novas prioridades. Cabe ressaltar que o objetivo maior das avaliações é o de contribuir para que a unidade de saúde possa cumprir sua função de minorar o sofrimento e contribuir para a promoção de saúde da população.

No processo de avaliação, o gerente deve estimular a participação da população e dos trabalhadores, construindo assim uma perspectiva de gestão coletiva da unidade.

A democratização da administração dos serviços de saúde com a participação da população e dos profissionais, apesar de tímida, tem apresentado importantes contribuições no enfrentamento dos problemas de saúde, com impacto significativo na qualidade dos serviços prestados, bem como nos indicadores de saúde da população.

Referências bibliográficas

- BRASIL. Lei n.8080 - 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
- BRASIL. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Desenvolvimento gerencial de unidade de saúde do distrito sanitário; projeto GERUS*. Brasília, 1994.
- FEKETE, M.C. *Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde*. Belo Horizonte, 1995. (Mimeogr.).
- MANDELLI, M. J. *A gerência dos meios de produção na unidade da rede básica de saúde; um enfoque integrado da administração de materiais, serviços gerais e orçamentária financeira*. Rio de Janeiro: OPAS-PWR, 1994. (Mimeogr.).
- PENNA, M.L.F. *Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, s.d. (Mimeogr.).



Gráfica e Editora
Brasil

SR. Q.08 - Nº 2578 - Tel. (061) 344 1614
FAX 344 1613 - Brasília/DF

Biblioteca MS



10001016068



pnud

Ministério da Saúde

