Gestão Pública em Odontologia Dificuldades e Perspectivas

Public Administration of Odontology Difficulties and Perspectives

* Elisabete Kasper

RESUMO

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

UNITERMOS

Reforma Sanitária, Sistema Único de Saúde, Odontologia Social, Saúde Bucal Coletiva do S.U.S., Planejamento de Odontologia do S.U.S., Gestão Pública da Odontologia

INTRODUÇÃO

A gestão pública em Odontologia é um tema inerente à implantação de ações de saúde bucal compatíveis aos princípios e diretrizes do SUS.

É reconhecidamente um fator estratégico que deve ser utilizado de maneira adequada na implantação e implementação do SUS. KASPER, (1996).

O SUS e a gestão pública dos serviços odontológicos são uma decorrência da Reforma Sanitária Brasileira cujos fundamentos conceituais remontam a década de 70. BERCHT, (1994).

Este período promoveu uma rica produção científica reconhecendo as causas sociais da doença enquanto processo histórico e as articulações entre o conceito do processo saúde doença, a prática médica e as políticas de saúde. BERCHT, (1994).

Dentre elas, cabe citar PAIM, (1996) quando diz que “ neste contexto, várias concepções ou projetos de S.U.S. se configuraram na realidade brasileira. Além do S.U.S. formal, expresso na legislação e do S.U.S. democrático derivado do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, surge o S.U.S. para os pobres centrado numa assistência primitiva de saúde e o S.U.S. real, refém dos desígnios da área econômica”.

Neste sentido e na tentativa de colaborar com a implantação e implementação do SUS democrático, este estudo enfoca o gestor municipal da odontologia. E valendo-nos de MALIK, (1996) acreditamos que “... é preciso criar um novo espaço para a gerência, comprometida com o aumento da eficiência do sistema e com a geração da equidade. Desta forma, entre outras ações, torna-se

imprescindível repensar o tipo de gerente de saúde adequado para essa nova realidade...”

OBJETIVOS

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

Objetivos específicos:

Descrever o processo de gestão odontológica em municípios próximos a Porto Alegre;

Identificar e descrever as possíveis dificuldades no exercício da gestão da Odontologia no SUS, tendo-se como base a percepção dos gestores destes municípios;

Identificar e descrever perspectivas relacionadas com o processo da gestão da Odontologia no SUS, conforme a percepção destes mesmos gestores.

REVISÃO DA LITERATURA

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

Considerando-se neste estudo o SUS, sabendo-se que a Reforma Sanitária o conceituou, e referenciando BERCHT, (1994), podemos evidenciar alguns de seus princípios norteadores:

PRINCÍPIOS

Descentralização: das políticas públicas com direção única em cada esfera governamental, inclusive a de saúde. Ter claro que a municipalização é parte deste processo,

através da redistribuição de poderes e competências político administrativas.

Unificação: predispõe a um aumento da resolutividade dos serviços, através da sobreposição de ações relacionadas com o mesmo fim.

Hierarquização: é aquela que prevê a estruturação do serviço em ordem de complexidade crescente.

Regionalização: propõe a criação de sistema de referência e contra-referência por regiões. Originou-se na estratégia da atenção primária da Organização Mundial de Saúde, no final dos anos 70.

Integralidade: esta é uma das especificidades mais marcantes do SUS, pois rompe com o modelo curativo/assistencialista uma vez que insere o paciente como um todo tanto no Método Clínico, quanto no Método Coletivo de atenção.

Universalidade: aponta para a saúde como um direito de todo o cidadão.

Participação popular e controle social: a Constituição garante formalmente a participação popular através dos Conselhos Municipais de Saúde com poderes deliberativos e consultivos.

Equidade: prevê a igualdade de assistência em todos os níveis e a todos os cidadãos.

O SUS enquanto um processo social e histórico passou por vários movimentos sócio-políticos. Dentre eles destacam-se os seguintes:

- 9ª Conferência Nacional de Saúde (1992) cujo tema central foi: “Saúde: Municipalização é o caminho”

Desta Conferência, resultaram as Municipais e Estatuais, bem como os movimentos

* Cirurgiã Dentista, Mestre em Saúde Bucal Coletiva
Baseado na dissertação apresentada para a obtenção do título de Mestre

sociais, sindicais entre outros, que reafirmaram e exigiram a necessidade de avanços nas áreas jurídicas e institucional.

Em 1993, o Movimento Sanitário decidiu pela continuidade efetiva da construção do SUS e esse desejo é manifestado na Norma Operacional Básica NOB-SUS e foi denominada de "A ousadia de cumprir a lei".

Esta NOB é considerada o marco inicial da implantação do SUS e definiu como objetivo, orientar o processo de gestão e dos serviços. E, considerando o processo de descentralização muito complexo, admitiu que o mesmo fosse realizado gradativamente.

Em decorrência da complexidade de implantação do SUS, surgiu a necessidade de revisão dos princípios e diretrizes da mesma e então no nível federal e estadual inicia-se a proposta de uma nova norma, a NOB-SUS/1996, com o propósito de reforçar a descentralização através do movimento municipalista.

Cabe citar RODRIGUES DOS SANTOS, apud ALMEIDA (1996), onde afirma que "a municipalização pode ser considerada um movimento municipal da saúde com o propósito de as prefeituras assumirem o compromisso com a resolutividade, levando para a população a extensão da cobertura.

Revisando, temos que:

NOB/91 – estabeleceu um sistema de compra de serviços públicos e privados, sem a definição de responsabilidade da gestão do sistema.

NOB/93 – estabeleceu algumas formas de gestão municipal e estadual e aprofundou a descentralização, definindo as transferências automáticas de recursos.

NOB/96 – possibilitou o estabelecimento do princípio constitucional do comando único descentralizando os instrumentos necessários à gestão, bem como caracteriza as responsabilidades de cada gestor, definindo-o como o principal operador do SUS.

A proposta municipalista começa a se destacar nos Encontros Nacionais de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS – São José dos Campos – SP, 1982 e em Londrina – PR, 1987.

Este movimento teve apoio do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS, que integraram-se ao Movimento Sanitário passando a ter importância significativa na implantação do SUS.

Surge então, um novo ator social para o SUS que é o **GESTOR**.

Atualmente, em Administração, existem diversas escolas de pensamento que possibilitam entender a gestão das organizações, dentre elas, as de saúde.

Não existe uma fórmula para gestão, visto que gerir é lidar continuamente com múltiplas dimensões e diferentes conflitos.

Assim, a gestão envolve a observação das características em que a organização se in-

sere e suas particularidades.

A gestão, sob o enfoque político, implica estar-se atento aos interesses, conflitos e relações de poder existentes, quer sejam formais ou informais, internos ou externos.

A mesma deve buscar participação e negociação de interesses com a finalidade de comprometer e unir forças necessárias à implementação das decisões, para atingir objetivos específicos.

O ato de gerir, sob a perspectiva de múltiplos eventos, significa, admitir a existência de tensão entre as diferentes racionalidades nas organizações, o que nos possibilita a análise e a compreensão das mesmas com o propósito de definir claramente os objetivos, visando imprimir eficiência às ações que se desenvolvem. Não esquecendo, sobretudo, da importância das pessoas envolvidas no processo, o que nos remete ao papel do gestor.

A aplicação concreta da gestão organizacional, num complexo mutável como o da saúde, pode ser o de contrato de gestão voltada para a construção de um sistema de compromissos internos e externos à organização. E o resultado mais provável deste instrumento será o de desenvolvimento de regras de responsabilidade dentro do mesmo.

O gestor municipal do SUS é sempre estatal e os prestadores de serviços podem ser estatais: federais, estaduais e municipais. Podem também ser prestadores de serviços privados com ou sem fins lucrativos, nesta ordem de prioridade, mantendo-se a subordinação e relações com o gestor do município onde estão localizados.

A relação entre os Estados é feita através do Ministério da Saúde, pelas comissões Intergestoras Bi (CIB) e Tripartites (CIT). A Programação Pactuada e Integrada (PPI) é o principal instrumento da relação entre os gestores, incorporando os objetivos, metas, referências intermunicipais e interestaduais, e os recursos financeiros definidos, conforme os critérios estabelecidos nas CIBs e CITs e aprovado nos respectivos Conselhos de Saúde.

Compete ao gestor do SUS, também, definir as formas de repasse financeiro para o seu município, e que pode ser de duas formas:

A gestão Plena de Atenção Básica: que é a transferência regular e automática dos recursos federais, via estabelecimento do Piso de Atenção Básica (PAB) para as atividades de atenção à saúde;

A gestão Plena do Sistema Municipal: que é aquela onde a transferência dos recursos acontece via remuneração por serviços produzidos, por exemplo, as Autorizações Internação e Hospitalização (AIHs), o Sistema de Informação Ambulatorial (SAI), o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), a Pro-

gramação Pactuada e Integrada (PPI) e o SUS.

Ao citar planejamento ou a gestão, deve ficar claro que no setor público, o mesmo é imprescindível quando se propõe uma política descentralizadora, cujo foco é o município, com espaço para o controle social e para um sistema de informações que permita a ação reguladora.

Para MEHRY, (1997), o planejamento pode ser usado como uma forma de ação governamental na elaboração de políticas no processo de organização da gestão e na prática social.

Já DRUCKER, (1975) define planejar como a seleção de ações concretas para atingir o objetivo desejado.

Para PAIM, (1996) o planejamento deve promover o desenvolvimento da instituição, deve educar os agentes sociais a analisar a organização, o sistema e as variáveis de significância no projeto, ou seja, pensar estrategicamente, buscando a melhor maneira de atingir os objetivos institucionais, por exemplo a satisfação do usuário. Sob este enfoque o planejamento é uma forma de educar para a qualidade.

Ainda referenciando PAIM (1996) o planejamento deve ser um compromisso permanente da organização e do gestor. No município, além da equipe da Secretaria de Saúde, temos os representantes da administração municipal; da estadual; do conselho local de saúde; da sociedade civil e dos usuários. Pois sabe-se que a implementação das decisões será muito mais ágil se os atores conhecerem as razões e participarem do processo de elaboração das propostas, pois estão comprometidos.

Em saúde, o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficiência e eficácia do sistema, pois é necessário ter em mente o compromisso social e ético do ato de planejar, o que nos dá a importância do papel do Gestor.

METODOLOGIA

Este estudo alinha-se na vertente qualitativa de pesquisa e é de caráter descritivo.

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

Definição da Amostra:

Os participantes compuseram uma amostra descrita como não probabilística, do tipo

estratégico ou intencional.

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

O objetivo do estudo foi exposto a todos os envolvidos, que assinaram um termo de consentimento informado” e sua participação foi espontânea.

A amostra foi formada pelos gestores da Odontologia dos seguintes municípios: Cachoeirinha, Campo Bom, Esteio, Gravataí, Novo Hamburgo, Porto Alegre, Sapiranga, São Leopoldo e Viamão.

Método de Análise : Análise de Conteúdo

- método de análise qualitativa utilizada pode ser denominada de “análise de conteúdo” de tipo temática, “cujo princípio consiste em desmontar a estrutura e os elementos deste conteúdo [...] permite abordar uma grande diversidade de objetos de investigação: atitudes, valores, representações, mentalidades, ideologias, etc LAVILLE, DIONNE, (1999).

Etapas da análise de conteúdo: Em sua primeira etapa, o estudo consistiu em organizar o material coletado. Na segunda etapa foi efetuado o recorte destes e sua ordenação em categorias, uma vez que a finalidade era a de agrupar estes elementos em função de sua significação. Já na terceira etapa foi realizada a inferência e interpretações, que aparecem sob a forma de descrições cursivas entremeadas de expressões literais extraídas das entrevistas.

Validação: Quando se fala em validação de uma pesquisa qualitativa, a triangulação aparece como uma das técnicas mais indicadas. Para KEMMIS, citado por SERRANO (1990) a triangulação consiste em um controle cruzado de diferentes fontes de dados: pessoas, instrumentos, documentos ou a combinação destes. No caso deste estudo, foi considerada a triangulação de sujeitos, os gestores, “que permite confrontar os diferentes pontos de vista que os implicados tem sobre a realidade”.

RESULTADOS

O estudo efetivou-se com 10 cidades. As entrevistas foram realizadas nas próprias Secretarias de Saúde de cada cidade e os encontros agendados previamente ocasião em que explicou-se aos mesmos o estudo.

Perfil dos gestores:

- todos são Cirurgiões dentistas;
- 09 deles não têm formação específica em Saúde Pública ou Saúde Bucal Coletiva;
- 07 deles são concursados e os de-

mais são cargo de confiança;

- nenhum ocupa a função de gestor há mais de 04 anos;
- a faixa etária dos mesmos está entre 32 e 52 anos;
- 05 são mulheres e 05 são homens;

Descrições cursivas:

1. **Atenção Básica:** este termo foi utilizado pelos gestores, e vincula-se aos seguintes procedimentos odontológicos: restauração, profilaxia, extração e atendimento de urgência. Apenas 01 dos gestores ao referir-se à atenção básica, incluiu categorias como as de “modelo de atenção integral e promoção de saúde”.

2. **Resolutividade e integralidade do Método Clínico:** foi possível perceber a vinculação da resolutividade com o aumento de cobertura, ou seja, estender a atenção básica a outros grupos, como idosos, por exemplo.

3. **O Método Coletivo de Intervenção:** quanto a esta categoria, fica claro que não chega a existir um método coletivo de intervenção, existem atividades soltas com a conotação preventivo-informativo ou preventivistas.

4. **Recursos Humanos Auxiliares:** verifica-se que há uma grande carência de recursos humanos auxiliares, tanto em relação a auxiliar de consultório (ACD) quanto à técnicos em higiene dental (THD).

5. **Etapas da implementação do SUS:** os gestores referindo-se a esta categoria caracterizaram os seus municípios como estando na Gestão Plena de Atenção Básica ou na Gestão Plena do Sistema Municipal.

A habilitação dos municípios às diferentes condições de gestão, significa a declaração de compromissos assumidos por parte do gestor perante os demais gestores e com a população.

6. **Representação da Odontologia no Conselho Municipal de Saúde:** quanto a esta questão foram recolhidas citações como as que seguem:

“... não tem, e provavelmente não terá como Odontologia.”

“.. eu acho que não tem..”

“...não é sempre que convidam a Odontologia...”

Percebe-se que a questão da representatividade não está bem definida para o gestor.

7. **Comissão Intergestora:** Quanto à questão da representatividade do município na Comissão Intergestora puderam ser recolhidas expressões indicativas como as que seguem:

“.. estamos com quase nada de representação”.

“...não sei responde..”.

“... não tenho idéia neste momento...”

“.. acho que o Cirurgião dentista não faz parte desta Comissão..”

Mais uma vez percebe-se a indefinição relacionada a esta categoria.

8. **Satisfação dos Odontólogos:** algumas das falas produzidas:

“... só 09 dos 20 Odontólogos se integraram ao programa de saúde oral, porque os mesmos são estão ou não foram preparados para a Saúde Pública..”

“... existe um programa de Educação Continuada...encontram-se com os gerentes para trocar idéias..”.

“.. nós abrimos espaço para o diálogo..”.

De uma forma geral percebe-se um bom grau de satisfação do Cirurgião Dentista no setor público.

9. **Satisfação dos usuários:** Não existe no setor público uma forma de avaliação que permita verificar o grau de satisfação dos usuários.

10. **Estrutura tecnológica:** quanto a este quesito, verificou-se que está ocorrendo um certo investimento nesse sentido. Os gestores mencionam que existem condições para o exercício das atividades pertinentes.

11. **Dificuldades:** Na totalidade das entrevistas, foi colocada como sendo a maior dificuldade aquela relacionada ao financiamento da saúde. Outra questão mencionada foi a dificuldade no gerenciamento de colegas. Também foram mencionadas como dificuldades, a falta de liderança institucional da Odontologia, a falta quantitativa de recursos humanos e a multiplicidade de atividades do gestor.

12. **Êxitos:** quanto aos êxitos, os mesmos referem-se a melhoria na estrutura física e a ampliação na cobertura do atendimento odontológico, principalmente, em relação ao método clínico. Também destaca-se como êxito, o próprio trânsito político do gestor entre os colegas.

13. **Perspectivas:** Na opinião dos gestores, apesar das dificuldades as perspectivas são boas para a efetiva implementação da gestão democrática do SUS

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

- os gestores não tem formação específica em Saúde Pública;

- parece não haver um planejamento que defina Método Clínico e Coletivo de intervenção;

- os municípios carecem do estabelecimento e formulação de políticas públicas na área de Odontologia, bem como sua inserção no Plano Municipal de Saúde;

- o papel do Cirurgião Dentista de Saúde Pública (sanitarista) não está definido quanto às habilidades requeridas, segundo os gestores.

DISCUSSÃO

Em função dos resultados obtidos a discussão será construída a partir dos seguintes

tópicos:

- a) capacitação dos gestores;
- b) descompasso entre a teoria e a prática do SUS;
- c) falta de liderança setorial da odontologia.

- a) capacitação dos gestores:

Quanto a capacitação dos gestores tomamos emprestado uma linha de pensamento do curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais da FioCruz/ENSP (1998) que refere que **"... com a implantação das NOBs 93 e 96 no SUS aumentou intensamente a responsabilidade do dirigente municipal de saúde, o gestor, e isso resulta numa crescente necessidade de aperfeiçoamento e qualificação das pessoas que exercem esses cargos..."**

Considerando-se que o gestor é um ator estratégico à implantação e implementação do SUS democrático, fundado nos conceitos da Reforma Sanitária Brasileira tem-se que a capacitação é um instrumento de concretização do sistema.

A gestão no SUS engloba faces administrativas, burocráticas e jurídico-administrativas do sistema. Para as quais é preciso um gestor habilitado.

Outra questão a ser abordada quanto a habilitação do gestor é aquela que se refere à dificuldade de explicitar-se objetivos. Na medida em que não há objetivos a "norma passa a imperar. Porém é a norma pela norma (o cartorialismo dos controles) – o rito pelo rito...". MALIK, VENCINA NETO, (1994).

Contudo de nada valerá uma capacitação "bancária" do gestor. Há que se desenvolver uma capacitação que se oriente e que desenvolva "uma construção no plano epistemológico **ao tempo** em que se mobilizam vontades no âmbito da profissão para alimentar o pensamento e a ação" PAIM, ALMEIDA FILHO, (1998).

Assim queremos sugerir que o próprio município pode ser, e é um espaço pedagógico para capacitar o gestor em serviço, aproximando teoria e prática, o mundo do trabalho e o mundo acadêmico de tal forma que esta aproximação contribua para a produção de sentido na área da saúde.

- b) descompasso entre a teoria e a prática do SUS:

Utilizando-se da fala dos gestores, quanto a prática da Odontologia de saúde pública, fica a impressão de que não ocorreram mudanças com a **Reforma Sanitária** e a implantação do SUS. Ou seja, a prática odontológica está muito semelhante àquela de antes da Reforma. Isto significa dizer que para conferir saúde bucal à população prioriza-se o exercício do Método Clínico, de um determinado tipo de método clínico que não observa a questão da integralidade

e da resolutividade no setor público.

O Método Coletivo, está reduzido à palestras e ações pontuais representadas por campanhas e feiras de saúde. Longe, portanto, do conceito e da prática de construção da consciência sanitária do cidadão, e consequentemente da integralidade da atenção.

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

Para discutir essa questão, nos valermos de CAMPOS, (1994) que nos diz que: **"... A instituição de uma nova ética em saúde depende da generalização de um novo estatuto para o ser humano, para fazer o sujeito..."**

Assim, a boa prática em Saúde Pública, implica em incluir entre os objetivos da cura e entre os da ação sanitária coletiva, o tema da construção de taxas progressivas de autonomia dos pacientes e das comunidades. O que exigiria atores dispostos a repensar os saberes e as práticas das profissões e das instituições.

As dificuldade apontadas pelos gestores remetem a questão no sentido de que falta clareza a Odontologia em Saúde Pública, quanto ao seu que fazer (tanto no Método Clínico quanto Coletivo), bem como faltam modificações estruturais e conjunturais.

Sinaliza-se para o distanciamento entre a teoria e a prática.

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

Convém abordar ainda a questão da desprofissionalização, da dupla militância e do compromisso público dos gestores como aspectos que também afetam e se relacionam com a população estudada.

- c) a falta de liderança setorial da Odontologia:

Para discutir a falta de liderança setorial da Odontologia lançamos mão do pensar de PAIM, ALMEIDA FILHO, (1998) que define a questão nos seguintes termos: **"liderança setorial em saúde significa a capacidade de transformar a saúde no referencial básico para a formulação de todas as outras políticas públicas.** A política de saúde condicionaria, em grande parte, não só comportamentos individuais, mas também ações coletivas, sociais e políticas.

"A liderança institucional então, é definida como a capacidade que possui uma organização de irradiar valores, gerar conhecimento e promover compromissos com esses valores, por parte da população e de outras organizações".

"Uma organização líder, produz diferenças fundamentais na comunidade".

CONCLUSÕES

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

- **o estudo sinaliza que os gestores encontram dificuldades relacionadas ao componente jurídico/administrativo; ideológico/conceitual e no tipo de prática do SUS;**

- **de uma forma geral os gestores são otimistas quanto às perspectivas do SUS, havendo uma disposição para acertar, para conduzir bem as funções de gestão;**

- **existe a necessidade de oferecer capacitação ao recurso humano do setor público em especial aos gestores, utilizando o município como "locus pedagógico" de uma formação que use a teoria da reforma para discutir e resolver os problemas de cada município;**

- **o tempo é um fator estratégico, na medida em que quanto mais agilmente se prepara o recurso humano, mais aumentam as chances de reaproximar teoria e prática do SUS, ou seja, de conferir ao sistema uma consequência sanitária resolutiva;**

- **a profissionalização do gestor, o compromisso público e a eliminação da dupla militância, são aspectos que deveriam ser levados em conta na contratação do gestor;**

- **o descompasso entre a teoria e prática do SUS, é um fator extremamente crítico e a capacitação dos gestores e do recurso humano é uma das facetas a serem abordadas para minimizar a questão;**

- **a questão do gestor em Odontologia é estratégica à construção do SUS.**

ABSTRACT

The present study focus the public management both on its difficulties and its perspective. The goal is to identify and describe the existence or not of difficulties and which are the perspectives in promoting the exercise of the referred administration. It has counted with the participation of ten persons – dental managers – who are working in Porto Alegre and surrounding towns. The content analysis method of thematic was used to analyze the data which was validated by the triangulation technique. This method is appropriated to qualitative studies. The research concludes that the managers' difficulties are related to legal/administrative aspects and ideological/conceptual aspects as well as to the kind of health practice of the Brazilian Health System (S.U.S.). The managers are optimistic in relation to S.U.S. perspectives and have a disposition to make a good job as well as

have the best performance as managers. The research reveals the need offering the right qualification to the public sector of human resource. In this sense, the "locus" of the pedagogic formation is the municipality itself.

KEYWORDS

Sanitary Reform, Brazilian Health System, Public Health Dentistry, Brazilian Oral Health System, Dentistry Planning in the Brazilian Health System

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

BERCHT, SOLANGE M. **O câncer de boca sob o modelo odontológico hegemônico.** 1994. 102f. Tese (Doutorado em Odontologia Social) Faculdade de Odontologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica – SUS/96.** Brasília: SUS, 1996: Portaria GM/MS 06.11.96.

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

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

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

GESTÃO em saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, UNB, 1998, 203p (unidade 3º).

KASPER, E. Gestão de serviços odontológicos: uma proposta. In: BORDIN, R. et al. (Org) **Práticas de gestão em saúde: em busca da qualidade.** Local: Editora, data. cap.9, p.119-125.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas.** Porto Alegre: Artmed, 1999.

MALIK, A. M. **Qualidade em serviço de saúde no setores público e privado.** Cadernos Fundep, São Paulo, n. 15,

p.7-12, 1996.

MEHRY, E. E.; ONOCKO (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: HUCITEC, 1997.

NETO, G.V.; MALIK, A. M. Alternativas para a gestão pública da função saúde. **Rev. Saúde e Debate**, Brasília, v.41, p.30-33, dez., 1994.

OLABUÉNACA, J.I.R. **Metodología de la investigación cualitativa.** 2 ed. Bilbao: Universidad de Deusto, 1998.

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

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

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

Endereço para correspondência:

betika@cpovo.net
Rua Dr. Campos Velho, 461 apto. 204
Bairro Cristal
90.820-001 – Porto Alegre – Rio Grande do Sul