

A Importância das Ações de Gestão na Organização do Trabalho nos CEO

*Andrea Neiva da Silva
Livia Guimarães Zina
Marcos Alex Mendes da Silva
Marcos Azeredo Furquim Werneck
Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu
Paulo Sávio Angeiras de Goes
Petrônio Martelli*

INTRODUÇÃO

Decorridos onze anos da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), é possível afirmar que houve a preocupação em expandir as ações com equidade na distribuição das unidades e na construção da rede de saúde bucal em todo o território nacional. Buscou-se, entre outros, a reorganização da Atenção Básica (AB) em Saúde Bucal, a ampliação e qualificação da atenção especializada e da oferta de próteses, o investimento na Alta Complexidade, a expansão das ações de promoção e prevenção, de vigilância e monitoramento e de integração Ensino / Serviço. Organizou-se a abrangência destas ações até setores da sociedade como a população indígena, quilombolas, população carcerária, além da priorização de regiões carentes, com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Para garantir este esforço houve, da parte do Ministério da Saúde e de alguns estados da federação, um expressivo aumento no orçamento da saúde bucal que passou, de cerca de R\$200.000.000,00 ao final de 2003, para R\$783.234.724,00 ao final de 2014.

Neste cenário de expansão, os CEO representaram uma inovação na PNSB. Estudos recentes têm revelado avanços, tais como a ampliação da oferta, da cobertura e da utilização destes serviços. E apresentam, como aspectos que necessitam ser melhor conhecidos, a formação dos recursos humanos e a dificuldade em se efetivar a interface entre Atenção Básica e Secundária em Saúde Bucal.

A oferta de atenção especializada dos CEO exige o desenvolvimento e a profissionalização da gestão como componente importante da rede de cuidados em saúde bucal. Em função disto, é fundamental o estabelecimento de ações permanentes de monitoramento e avaliação dos serviços com vista à qualificação dos mesmos e à consequente melhoria das condições de saúde bucal

da população. A avaliação da qualidade de um serviço de saúde é importante para os processos de gestão, uma vez que passa pelos formatos que envolvem sua organização e sua efetivação.

De acordo com Felisberto et.al (2006),

“nas últimas décadas, crescem no Brasil as iniciativas no sentido de institucionalizar a avaliação em saúde como resultado da intenção de conferir racionalidade às intervenções setoriais, apesar dessa atividade ainda se apresentar de forma incipiente, pouco incorporada às práticas, possuindo, quase sempre um caráter prescritivo e burocrático”.

Para Carnut et.al., revela-se uma lacuna no que se refere à avaliação de serviços públicos odontológicos, mas há um esforço “no sentido de desenvolver instrumentos válidos para este fim”.

De acordo com Goes et.al., “as avaliações sobre serviços de atenção secundária em saúde bucal, particularmente no Brasil, estão em fase incipiente de construção de evidência, principalmente com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO, que vêm sendo o objeto destes estudos”. Achados de outros países, com modelos de atenção em saúde bucal mais estruturados, já evidenciavam a preocupação em estudá-los nos últimos 15 anos.

Ao produzir uma aproximação com a prática que acontece nesses serviços, o processo de avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) revelou a importância de se aprofundar em alguns campos do conhecimento, entre os quais merecem destaque: o papel dos CEO na rede de atenção à saúde bucal (as relações estabelecidas com os demais níveis de atenção, em especial a AB) e as práticas de cuidado e os diferentes modelos de gestão dos CEO (o primeiro ciclo do PMAQ CEO se deu do início de 2013 até meados de 2014).

Segundo o Houaiss, gestão pode ser entendida como “ato ou efeito de administrar; ação de governar ou gerir empresa, órgão público [...]. Exercer mando, ter poder de decisão (sobre), dirigir, gerir”. Gestão refere-se ao processo de governar/ trabalhar com pessoas, organizações e instituições. Gestão está atrelada à capacidade de dirigir, ou seja: confunde-se com o exercício do poder.

Em geral, um processo de gestão deve partir da formulação de políticas, da definição de objetivos, passando pela formulação de ações estratégicas com vistas ao alcance dos resultados. Neste movimento de gestão, devem ser incluídos outros temas como a gestão de pessoas, financeira e de insumos. É necessário, também, buscar a superação do modelo tradicional de administração pública (caracterizado por controles formais e pela baixa capacidade operacional) e enfatizar a importância de que os gestores e os trabalhadores alcancem maior autonomia em suas funções.

Esta premissa corrobora a proposta elaborada por Campos (2009), do modelo de gestão compartilhada, que enfatiza a importância da gestão na organização e oferta de serviços de saúde. Por esta proposta, “..ganham destaque os aspectos microssociais relativos ao compromisso do trabalhador com o proces-

so de gestão e a questão da autonomia dos profissionais/sujeitos”. O autor afirma que, neste modelo, são fundamentais as funções de apoio e de suporte aos profissionais e equipes tanto no que tange às práticas gerenciais, quanto na preocupação de se pensar “novas abordagens na formação dos gestores”.

Uma importante contribuição para a gestão dos serviços de saúde é a Teoria dos Sistemas, desenvolvida por Donabedian (1980) que, com base nos conceitos de estrutura, processo e resultados, busca encontrar uma forma de avaliar a qualidade dos serviços de saúde. Segundo o autor, Estrutura se refere aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a se organizar o cuidado em saúde, dependendo, é claro, da política de financiamento e disponibilidade de profissionais qualificados. O Processo se refere a todas as atividades envolvendo profissionais de saúde e usuários. E o Resultado é revelado pela qualidade do produto final do cuidado prestado, considerando os níveis alcançados de saúde e de satisfação frente a padrões e expectativas.

A gestão do trabalho em saúde reflete um pensamento estratégico, pois reconhece que a produtividade e a qualidade dos serviços serão, na maioria das vezes, o resultado da forma com que são tratados os profissionais na organização das ações. De acordo com o modelo de atenção preconizado pela PNSB, os CEO deverão se constituir como nível de referência para a AB e a alta complexidade. Em geral, o processo de trabalho em saúde revela a forma como os gestores e os trabalhadores concebem o modelo de atenção e o materializam por meio das ações efetivadas pelos serviços.

Não raro, a organização do trabalho das equipes de saúde bucal nos CEO costuma ser, predominantemente, de natureza clínica, focada nas especialidades e sob exigência de produção mensal definida segundo o tipo de CEO habilitado. Os cirurgiões dentistas, em geral, têm alguma formação especializada (embora não haja a necessidade formal de que sejam especialistas) e a equipe se completa com a presença de um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e/ou de um Técnico de Saúde Bucal (TSB), com predomínio do trabalho de ASB.

É necessário, pois, que a gestão dos CEO reconheça estas características, para que, na construção do modelo de atenção proposto pela Política Nacional de Saúde Bucal, não se percam as dimensões de eficiência, eficácia e efetividade, e seja possível que os sujeitos se impliquem com a proposta de construção da saúde bucal proposta pelo SUS.

Em função destas características, este capítulo propõe a discussão de alguns aspectos essenciais que envolvem a gestão dos CEO, tais como: a identificação das ações e serviços realizados; a organização do acesso; as implicações da gestão de recursos humanos sob a organização dos serviços e o trabalho e a gestão do processo de trabalho. Para tal, tomou-se como referência o processo da avaliação externa do PMAQ CEO, sendo utilizados os diários de campo, relatórios estaduais e o instrumento (questionário) de coleta de dados.

IDENTIFICAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS REALIZADOS NOS CEO

Segundo a PNSB, os CEO devem ofertar, a partir do perfil epidemiológico de cada região / município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na AB. Dentre esses procedimentos, além do atendimento básico a pacientes portadores de necessidades especiais, incluem-se trata-

mentos cirúrgicos periodontais, endodontias, dentística de maior complexidade e procedimentos cirúrgicos compatíveis com um nível de atenção secundária em saúde bucal. Nesse sentido, como unidade de referência em saúde bucal, os CEO foram inicialmente planejados para acolher em seus ambientes as demandas próprias da média complexidade, organicamente encaminhadas pelas unidades de AB, entendidas como porta de entrada dos sistemas de saúde bucal ou, minimamente, ordenadora do cuidado.

Entretanto, o processo de avaliação externa do PMAQ CEO possibilitou verificar que as ações e serviços realizados por vários CEO não contemplam, necessariamente, aqueles preconizados pela política. Durante a coleta de dados, os avaliadores externos observaram que muitos CEO acabam por absorver a demanda da AB, principalmente nos casos em que compartilhavam o mesmo espaço físico com a unidade básica de saúde/saúde da família. Nesses casos, muitas vezes os profissionais da AB limitam-se a realizar procedimentos de urgência, sendo a continuidade do tratamento realizado pelos profissionais do CEO.

Foi possível também observar que, em consequência da maior disponibilidade de insumos e equipamentos por parte dos CEO, aliada à baixa cobertura da AB em vários municípios, alguns CEO acabam por assumir o papel de porta de entrada dos usuários, favorecendo seu acesso por livre demanda. Esta situação indesejável se dá em variadas situações, desconsiderando a necessidade da programação do tratamento clínico ambulatorial. Essa inversão do fluxo assistencial tem levado alguns gestores e profissionais de saúde bucal a questionarem, muitas vezes, a capacidade da saúde bucal na AB em dar conta das demandas que lhe são próprias, tendo em vista a sobrecarga de alguns CEO, sobretudo em municípios do interior dos estados.

Entretanto, segundo relatos dos avaliadores externos, a preparação das equipes de trabalho para acolher o processo de avaliação externa do PMAQ CEO despertou os gestores para a organização da demanda para esses serviços de atenção secundária, contribuindo para uma melhor organização do fluxo de pacientes para esses serviços. No entanto, a compreensão por parte dos usuários de que os serviços de qualidade são ofertados pelos especialistas do CEO, e não pelos clínicos da atenção básica, parece estar prejudicando esse fluxo assistencial e incentivando a procura direta pelo atendimento nos CEO. Isso foi constatado pelos avaliadores externos durante as entrevistas junto aos usuários. Desta forma, a demanda espontânea permanente é uma realidade em muitos CEO, principalmente em municípios menores. Nestes municípios a proximidade entre os profissionais e os usuários favorece o contato entre eles, pulando a etapa das marcações de consultas na recepção dos CEO ou por meio de órgãos reguladores.

Alguns CEO, portanto, funcionam como porta de entrada para os serviços de saúde bucal em alguns municípios. Este fato revela uma desorganização da oferta dos serviços odontológicos, desconstruindo a lógica da demanda programada da atenção secundária, característica própria de sistemas de saúde hierarquizados como o SUS e pretendida para os CEO.

Outro aspecto que afeta diretamente a organização da oferta de serviços e ações por parte dos CEO é a meta de produtividade estabelecida pelo Ministério da Saúde nas diferentes especialidades. Nos municí-

pios de pequeno porte foi comum o relato por parte dos gestores sobre a dificuldade dos consórcios distritais não conseguirem alcançar as metas, principalmente na especialidade de endodontia. Esse fato tem induzido alguns CEO a realizarem procedimentos típicos da atenção básica e de urgência. Alguns autores já propuseram um sistema de remuneração da atenção secundária baseado em produtividade, no lugar da tradicional remuneração fixa mensal, de maneira a reconhecer e a premiar o bom empenho profissional e, paralelamente, favorecer o alcance das metas propostas. Entretanto, a proposta de custeio das ações do CEO pelo componente da produtividade subverte a lógica da qualidade e se choca com a dinâmica de financiamento adotada pela atenção primária, capaz de incentivar o cuidado longitudinal sem preocupação com a produção. As metas de produção do CEO funcionam como parâmetros orientadores para o acesso e não como elemento punitivo de não produção.

Outra especialidade que enfrenta a dificuldade no alcance das metas é a estomatologia, pois, de um modo geral, o atendimento ao usuário acontece em uma primeira e única consulta, uma vez que, ao não realizar a coleta do material (biópsia) e encaminhar o paciente para setores mais complexos, o mesmo não retorna para receber a “alta” após o tratamento. A necessidade de aperfeiçoamento das metas existentes, tanto em número, quanto em critérios de inclusão já foi apontada pelo estudo de Goes et al. (2012).

Uma ação pontual desenvolvida por um CEO chamou especial atenção, pois consistia na busca ativa de pacientes com lesões suspeitas de câncer de boca. Nesse sentido, todos os usuários do CEO e da atenção básica respondiam a um questionário que buscava avaliar a exposição aos fatores de risco para o câncer bucal. Segundo a gerente do CEO, a partir dessa iniciativa houve aumento considerável dos casos confirmados de câncer de boca na população usuária. Entretanto, o aumento na capacidade diagnóstica não se reflete necessariamente no aumento da qualidade do tratamento, pois a referência dos casos confirmados para o tratamento na atenção terciária constitui um importante desafio a ser vencido neste município e nos outros de maneira geral.

IDENTIFICAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS REALIZADOS NOS CEO

Quando o sistema de saúde se organiza por níveis de complexidade da atenção, pressupõe-se que não haja uma capacidade instalada igual em todos os pontos que o compõem, e desta forma distribuem-se as ações ao longo de toda rede e criam-se fluxos ordenados para os usuários, sustentando os princípios da regionalização e da hierarquização que, juntas, conformam a rede de atenção à saúde (RAS) e garantem atenção integral a todos os usuários.

Porém, quando há pouca ou nenhuma resolutividade nas unidades de AB, surge a possibilidade de os CEO passarem a ser uma referência em saúde bucal, tanto para procedimentos básicos, quanto para os mais complexos, conforme observado pelos avaliadores externos. A falta de organização programática para o enfrentamento dessa situação gera importantes reflexos na qualidade do atendimento e representa, portanto, um grande desafio a ser enfrentado pelos gestores.

A avaliação externa permite constatar que a caracterização da demanda atendida pelos CEO e o seu real papel na rede integrada de assistência à saúde bucal parecem não ser bem compreendidos em vários dos serviços visitados, o que tem comprometido diretamente a organização do fluxo e a integralidade da atenção. Várias razões sustentam essa desorganização no fluxo de usuários, incluindo a baixa capacidade gestora, a pouca resolutividade de muitas unidades de AB municipais e a baixa cobertura desses serviços.

Contudo, mesmo de forma desorganizada, como exposto anteriormente, essa rede de serviços de saúde bucal equivocadamente centrada no CEO busca a integralidade da atenção à saúde, porém com pouco potencial de resolução das demandas por se distanciar da separação programática da atenção à saúde em diferentes níveis de complexidade e transferir ao CEO todo o papel da assistência em saúde bucal. Essa questão precisa ser enfrentada pelos gestores, pois um sistema de saúde que concentra suas ações (básicas e complexas) no mesmo cenário, simplesmente reproduzirá o modelo predominante, com chances de aumentar a demanda reprimida na área de saúde bucal. A PNSB aponta que o ambiente favorável à abordagem integral se encontra nos cenários da AB, e não nos CEO, cuja sistemática ainda funciona baseada nos procedimentos, e este não é capaz de absorver todas as necessidades em saúde bucal da população.

A extensa área territorial das regiões de saúde, com grandes vazios populacionais e com realidades distintas entre os municípios, pode também comprometer o deslocamento intermunicipal dos usuários para o CEO de referência e a conformação do fluxo assistencial, confirmando a dificuldade existente no fluxo de referência e contrarreferência entre populações residentes em diferentes municípios. Isso é observado mesmo que, organicamente, esse desenho tenha sido a matriz de funcionamento daquele CEO e componha o Plano Diretor de Regionalização (PDR) em saúde bucal daquela área. Este caso demonstra a importância, para a gestão, do planejamento e da adscrição da população no período de implantação dos CEO, com viabilidade de deslocamento dos usuários para que se evite a sobrecarga de alguns em detrimento da ociosidade de outros.

No âmbito intramunicipal, as dificuldades que surgem relacionam-se à efetivação do fluxo entre AB e os CEO, ora pelas unidades de AB não funcionarem como porta de entrada para o usuário, como já dito, ora pela forma como os CEO organizam suas demandas agendadas e/ ou espontâneas, gerando em alguns casos, involuntariamente, a ociosidade do serviço em função da ausência do usuário. Na contramão da história de acesso aos serviços de saúde bucal, surge essa ociosidade, associada em alguns casos ao absenteísmo dos usuários como elemento a ser contornado e superado pela gestão do CEO. Algumas estratégias adotadas por alguns serviços para enfrentar essas questões incluem o investimento no cuidado com o acolhimento do usuário, ao programar a agenda com consultas próximas, ou, simplesmente, com a qualificação da fila de espera como mecanismo próprio do acolhimento.

Nestas situações, aparentemente parece haver uma capacidade de oferta do CEO maior do que a demanda, porém essa relação não se reflete nas demais realidades que lidam diariamente com longas filas de espera para obtenção do acesso e da continuidade do tratamento odontológico. Essa falsa situação de

acesso ao CEO pode estar forjada pela desorganização do mesmo ao lidar com o absenteísmo e com a longitudinalidade do cuidado.

A lógica de funcionamento dos serviços de referência no SUS, e dos CEO entre eles, envolve o agendamento programático do usuário para garantir a continuidade do cuidado, transferindo para o profissional de saúde da AB a organização da sua demanda ou necessidade. Esta programação de agenda tem por objetivo alcançar a alta do usuário ou seu retorno à AB, integralizando o seu cuidado. Neste sentido, os CEO precisam se adaptar a essa lógica e garantir a longitudinalidade do cuidado, por meio do acesso, do tratamento e do retorno desse usuário ao clínico que o acolheu na atenção básica.

O Ministério da Saúde sinaliza, por meio de diretrizes da PNSB, formas de superar com qualidade a fragmentação do sistema de saúde pela adoção de protocolos clínicos orientados para as diferentes especialidades odontológicas, considerando que a busca pela integração dos diferentes pontos dessa rede de serviços de saúde bucal limita, orienta e organiza o fluxo dessa demanda.

A dificuldade enraizada no cotidiano das práticas profissionais em diferenciar o que de fato constitui procedimentos próprios de atenção básica em saúde bucal, diferenciando-os das ações próprias dos CEO (mesmo que estabelecidos em protocolos clínicos), distancia, involuntariamente, o ordenamento da rede de saúde bucal da sua aplicação prática.

Contudo, para a efetivação dos protocolos persiste uma lógica interna de adaptação do CEO, relacionada ao processo de trabalho dos profissionais que prestam serviços e a estrutura dos mesmos, e outra lógica externa, que envolve a capacitação dos demais profissionais de APS, por meio de educação continuada, e a regulação do fluxo dos usuários.

Em seu estudo de caso, Aquilante & Acirole (2015) lembram que “existem protocolos estabelecidos quanto ao alcance dos procedimentos de cada nível de atenção, que ainda estão sendo apropriados pelos profissionais”, porém seu estabelecimento por si só não garante a efetividade do fluxo assistencial, pois os profissionais precisam apropriar-se da ferramenta e introduzi-la na sua prática cotidiana para gerar os impactos pretendidos na integralidade do cuidado. Por esse motivo, é fundamental uma maior articulação entre os gestores das atenções básica e especializada para a definição clara de protocolos de encaminhamento, bem como a revisão oportuna dos mesmos sempre que necessário. Aliado a isso, o investimento da gestão na capacitação dos Cirurgiões-Dentistas com ênfase no emprego desses protocolos poderá ser capaz de gerar impactos positivos para a integralidade da atenção em saúde bucal.

A integração entre os pontos de atenção à saúde é um dos mais graves impedimentos da integralidade no sistema, pois os serviços, além de não se comunicarem, possuem lógicas próprias e distintas e o eixo de sua organização não está centrado nas necessidades de saúde dos usuários. Com isso, as ações integradas ficam restritas à APS, sob os princípios da adscrição e do vínculo, diferente do funcionamento dos CEO, com características próprias da atenção secundária. Quando são necessárias ações dos níveis de maior

complexidade, o sistema mostra-se vulnerável, não conseguindo responder com qualidade às necessidades do usuário ou conseguir organizar o cuidado em saúde bucal.

O diagnóstico e o tratamento do câncer bucal constituem um exemplo dessa dificuldade operacional e necessitam de uma rede integrada de serviço para que o usuário possa ter uma boa qualidade de sobrevivência. No entanto, dados do PMAQ da Atenção Básica (PMAQ-AB) relevam que as equipes de saúde bucal não têm efetuado ações de detecção precoce do câncer de boca. Entretanto, o fluxo entre os diferentes níveis do sistema enfrenta problemas relacionados diretamente ao acesso e ao fluxo propriamente dito, tais como a carência de vagas para tratamento dos casos confirmados de câncer bucal, com consequente demora em absorver esse usuário; falta de motivação do usuário portador de neoplasias bucais em enfrentar longas distâncias para continuidade do tratamento nas unidades de referência, entre outros.

Por meio da Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006, que regulamenta os CEO, presume-se que, das ações ofertadas, o tratamento do câncer bucal é o mais complexo por envolver diferentes procedimentos, cenários e profissionais, necessitando de uma rede qualificada de suporte assistencial integrada. Desta forma, a capacidade instalada do município para o enfrentamento do câncer bucal define as formas de organização da rede, sem que haja, muitas vezes, um protocolo claro e padrão, que oriente igualmente todas as realidades.

Mas o avanço alcançado com essa especialidade nos CEO não extingue a necessidade de qualificar o diagnóstico precoce e o tratamento do câncer bucal, ainda muito diversificado nas diferentes regiões brasileiras. A padronização da coleta de materiais pelo próprio CEO, com transporte seguro do material para o laboratório de análise e garantia de expedição rápida dos resultados, são necessidades urgentes, assim como é fundamental o acesso garantido ao tratamento oncológico necessário e acompanhamento pelos profissionais do próprio CEO.

Em função do que se apresentou anteriormente, pode-se afirmar que a integração entre os pontos de atenção à saúde é um dos mais graves impedimentos da integralidade no sistema. A avaliação externa do PMAQ-CEO permitiu identificar que muitas unidades de nível primário e secundário, além de não se comunicarem, possuem lógicas próprias e distintas, sendo que o eixo de sua organização muitas vezes não está centrado nas necessidades de saúde dos usuários. Nesse sentido, as ações integrais ficam, muitas vezes, restritas à APS.

Embora as diretrizes da PNSB apontem formas de superar com qualidade essa fragmentação do sistema de saúde a partir da adoção de protocolos clínicos orientados para as diferentes especialidades odontológicas, a apropriação dos protocolos clínicos precisa avançar e alcançar todos os profissionais comprometidos com a atenção à saúde bucal nos municípios, pois a adoção desses protocolos pode contribuir de forma significativa tanto para a garantia da integralidade da atenção, quanto para melhorar o acesso e a equidade. Além disso, o conhecimento por parte da população dessa forma de organização das ações e serviços em saúde bucal pode, quem sabe, ser capaz de modificar a percepção dos usuários

e até dos profissionais, sobre a resolutividade dos serviços ofertados pelos CEO, uma vez integrados, de fato, à APS.

Diante do exposto, ressaltamos que são grandes os desafios a serem enfrentados pelos gestores dos CEO. Dentre esses desafios podemos destacar: o aprimoramento do fluxo de atendimento nos serviços, a organização das agendas dos especialistas e, sobretudo, uma maior articulação com a gestão da atenção básica, principalmente no tocante ao desenvolvimento e pactuação de protocolos clínicos. Além disso, ainda são frágeis os mecanismos que articulam os CEO com os serviços de alta complexidade (hospitais, traumas, reabilitações), configurando um cenário muitas vezes dissonante daquele desenhado pela Política Nacional de Saúde Bucal.

AS IMPLICAÇÕES DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS SOB A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NOS CEO

A Gestão de Pessoas, termo também conhecido tradicionalmente por Recursos Humanos (RH), é um assunto que vem ampliando o seu espaço e relevância nas Ciências da Saúde nos últimos anos por conotar uma tentativa de valorização do capital humano nos serviços. O conceito de “recursos humanos” é próprio da área de administração e remete à racionalidade gerencial hegemônica que reduz o trabalhador à condição de recurso, restringindo-o a uma dimensão funcional. No entanto, na área da saúde, a questão dos recursos humanos envolve tudo que se refere aos trabalhadores da saúde em sua relação com o processo histórico de construção do SUS, configurando, assim, um dos seus subsistemas.

As bases legais que legitimam a ação do Ministério da Saúde na construção da Política de Recursos Humanos na área da saúde estão expressas no artigo 200, inciso III, da Constituição Federal, que estabelece, como uma das atribuições do SUS, a ordenação da formação de recursos humanos para o Sistema. Na sequência, a Lei N° 8.080/90 explicita a necessidade de articulação entre as esferas de governo para a formalização e execução da política de recursos humanos. Outras referências ainda regulam esse ordenamento: a (I) Emenda Constitucional n° 19, artigo 39, que prevê a instituição de um Comitê no âmbito dos três níveis de governo para dispor sobre critérios para fixação de padrões de vencimento e obrigatoriedade dos entes federados em manter escolas para formação e aperfeiçoamento do servidor público e (II) a Lei n° 8.142/90, que institui a exigência de comissão de elaboração de planos de cargos e carreiras como critério para repasse de recursos financeiros do governo federal para estados e municípios.

Portarias e decretos foram constantemente publicados reforçando o incentivo dessa política ao longo dos últimos anos, mas se por um lado esses dispositivos

legais apontam responsabilidades e competências, por outro requerem discussão e pactuação para melhor regulamentação, no sentido de garantir adequada formação de profissionais, direitos trabalhistas e, ao mesmo tempo, instrumentos flexíveis de gestão do trabalho que possibilitem agilidade e rapidez nas decisões aos gestores. A construção dessas políticas se faz, entretanto, no contexto de realidades e demandas sociais distintas que se transformam ao longo do tempo. Nessa perspectiva, devemos destacar os cenários e tendências atuais para as políticas de recursos humanos frente à reforma setorial em curso, no País.

Os paradigmas contemporâneos da gestão organizacional apontam a primazia das pessoas na busca da excelência para a produção de bens e serviços e a própria transformação institucional. Assim, as políticas de recursos humanos na área da saúde são destacadas pelos formuladores e gestores como prioritárias para a consecução de um sistema de saúde democrático, equitativo e eficiente. Ao considerar as questões para a construção de uma política de recursos humanos, deve-se levar em consideração dois sistemas fundamentais: de um lado, as questões relacionadas com o sistema de produção de recursos humanos – a formação/preparação para o trabalho; de outro lado, as questões relativas ao sistema de utilização de recursos humanos – a gestão do trabalho. Diversos nós críticos relativos a esse segundo sistema foram identificados na avaliação externa do PMAQ CEO.

De uma forma geral, os problemas relacionados à gestão de recursos humanos têm suas causas principais nos seguintes elementos:

DESEMPENHO DA FORÇA DE TRABALHO

COBERTURA: os profissionais de saúde não conseguem contribuir para a garantia do acesso de todos os grupos da população aos serviços de saúde, visto que o acesso não depende exclusivamente da oferta de profissionais;

PRODUTIVIDADE: a produtividade varia com o tipo de serviço. As causas da baixa produtividade são muitas: em geral, o trabalho é organizado de modo ineficiente; estratégias como o trabalho em equipe, o uso sistemático de auxiliares e a delegação de tarefas são pouco utilizadas. Dificuldades na manutenção de equipamentos, ausência de supervisão, planejamento inadequado e falhas na disponibilização de insumos também contribuem para a reduzida produtividade;

QUALIDADE TÉCNICA: muitas vezes, a baixa qualidade técnica do profissional está relacionada à necessidade de qualificação do trabalhador. Muitas ações reconhecidamente ineficazes ou mesmo danosas continuam a ser praticadas por muitos profissionais;

ESTABILIDADE ORGANIZACIONAL: a instabilidade permanente do contexto político e a inexistência de uma tecnoburocracia sólida tornam quase impossível a estabilidade das organizações. A rotatividade da mão de obra é intensa e os profissionais raramente permanecem o tempo suficiente para criar o sentimento de fazer parte da organização onde

trabalham. Os gerentes, por sua vez, têm imensas dificuldades em planejar a médio ou longo prazo, pois sabem que não podem fazer muitas previsões sobre os recursos com que contarão no ano seguinte.

PROCESSOS DETERMINANTES DO DESEMPENHO

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: o desenvolvimento de competências se refere ao processo de formação de trabalhadores qualificados, em número adequado, para atender às necessidades do país. A política nacional de recursos humanos na saúde busca responder à necessidade de ordenamento dos recursos humanos por meio dos processos de educação permanente;

DISTRIBUIÇÃO DE PESSOAL: especialmente nos sistemas dominados pelo mercado, há uma forte tendência de concentração de pessoal no nível terciário, especializado e superespecializado, da atenção à saúde. Os profissionais tendem a se concentrar nos serviços curativos e hospitalares em detrimento dos preventivos e do nível primário de atenção. Além disso, são patentes os desequilíbrios na distribuição geográfica e por gênero, como pode-se observar nas diferentes concentrações de profissionais nas regiões brasileiras;

GERÊNCIA DE PESSOAL: relaciona-se à própria capacidade gerencial. Em muitos países, não há gerentes adequadamente capacitados em número suficiente. Muitas vezes, postos são preenchidos com pessoas que não dispõem das competências adequadas, seja por falta de candidato mais apropriado, seja por causa da utilização de outros critérios de alocação. Há ainda os baixos salários, a ausência de incentivos aos profissionais e as dificuldades de fazer carreira.

FATORES QUE INFLUENCIAM OS PROCESSOS DETERMINANTES DO DESEMPENHO

POLÍTICAS: envolve questões relacionadas à quantidade e à diversidade de atores sociais da administração pública que estão envolvidos na formulação e/ou implementação de políticas que influenciam a gestão de recursos humanos, seja no plano do financiamento, da educação e da prática profissional; à consistência, à coerência das políticas, e à sua implementação;

DISPONIBILIDADE DE RECURSOS: são de duas ordens, qualidade e quantidade. Em relação à qualidade, os problemas se referem às diferenças entre o que se tem e o que é necessário para apoiar a utilização adequada da força de trabalho. Assim, nem sempre os formuladores de política, sejam gerentes ou educadores, têm a qualificação ideal. No que diz respeito à quantidade, por vezes observa-se uma defasagem entre os recursos disponíveis e os que seriam necessários para a realização de ações.

NECESSIDADE DE ENFRENTAR OS PROBLEMAS

Todos esses problemas levam à utilização inapropriada da força de trabalho com consequências negativas consideráveis para a equidade, a eficácia, a eficiência dos serviços de

saúde e para a satisfação de usuários e trabalhadores. São necessárias medidas de correção que levem em consideração o perfil epidemiológico da população e suas necessidades de saúde. É importante considerar, também, as mudanças sociais e culturais que afetam expectativas, comportamentos e atitudes de usuários e profissionais de saúde. Ou ainda os custos para financiamento dos serviços, bem como a melhoria nos sistemas de informação, com impacto na efetividade e na eficiência de muitas das ações de saúde.

A gestão dos recursos humanos implica diretamente, de forma qualitativa, no processo de trabalho, na organização, na oferta de serviços, na produção e, conseqüentemente, na gestão de um estabelecimento de saúde. A partir dos relatos dos diários de campo e relatórios estaduais produzidos no processo de avaliação externa do PMAQ, foram observados quatro pontos fundamentais relativos à gestão de recursos humanos nos CEO do país:

QUALIFICAÇÃO DA GERÊNCIA

Espera-se que o gerente do CEO seja um profissional capacitado para administrar um serviço de saúde formado na área de saúde bucal e com experiência ou qualificação em gestão pública e/ou de serviços de saúde. A realidade, no entanto, é outra. Para atender à avaliação externa do PMAQ-CEO, foram observados CEO administrados por indivíduos sem formação na área, empossados no cargo por motivos políticos ou circunstanciais em diversas situações:

“Diretor do CEO (xxx) desconhece o processo de trabalho do serviço, é um cargo comissionado do prefeito e, entretanto, apesar do cargo, pareceu não atuar como diretor do CEO”.

“(...) a gestão do CEO é mais eficaz nos CEO que possuem como gestor um cirurgião-dentista que se dedica exclusivamente à gestão do CEO, uma vez que esse profissional tem formação técnica e conhecimento sobre a rotina de um estabelecimento de Odontologia. O tempo que o gerente do CEO dedica-se a gestão está associado à qualidade dos processos administrativos e logísticos do CEO”.

“O Gerente do CEO é também o diretor do Escritório Regional, Coordenador de Saúde Bucal do Município, Bucomaxilofacial do CEO e Bucomaxilofacial do Hospital Regional. A Secretaria Estadual de Saúde havia me alertado que haveria dificuldades com ele, pois devido ao acúmulo de funções, ele se negaria a me receber”.

“Alguns (gerentes) acumulam cargos. Muitos residem em outros municípios, etc. A maioria dos CEO no estado não possui um gerente, geralmente o

coordenador de Saúde Bucal dirigia-se ao local para ser entrevistado e não sabia responder a algumas perguntas muito específicas como, por exemplo, média da quantidade de sessões necessárias para fechar um canal, tempo de espera para ser atendido nas especialidades etc”.

“Em alguns locais não existe um coordenador, o coordenador é de outra área ou acumula funções, o que compromete o exercício das suas funções”.

A formação inapropriada dos gestores certamente impacta na forma como a implantação do atual modelo de atenção vem acontecendo pelos municípios brasileiros. Segundo Pierantoni (2001), um contingente expressivo de trabalhadores sem formação ou habilitação específica para as ações a serem desenvolvidas na gestão em saúde pode acentuar as diferenças no plano da técnica e da responsabilidade pelo trabalho executado e da retribuição financeira. Além disso, a instabilidade política do cargo de gerente do CEO leva, em muitos casos, a uma alta rotatividade de profissionais, que não se fixam na função:

“A coordenadora do CEO [...] assumiu a gerência a duas semanas da entrevista e não tinha conhecimento do PMAQ, pois apenas tomou conhecimento após contato da Coordenação Estadual do PMAQ CEO e do meu contato”.

“Encontramos CEO cuja rotatividade de pessoal era enorme, com profissionais que assumiram a gerência há muito pouco tempo e, portanto, desconheciam a adesão ao PMAQ”.

“Outro aspecto que deve ser destacado é a rotatividade de gestores, coordenadores municipais e gerentes, o que contribui para o desmembramento do programa, que acaba não sendo acompanhado por seus sucessores”.

“[...] instabilidade do poder executivo municipal, que já trocou de comando três vezes em 16 meses. Neste sentido, interferiu no processo de aquisição de insumos, de contratualização de empresas de manutenção de equipamentos odontológicos e na contratação de recursos humanos”.

“Em vários CEO houve mudança de coordenador e, em muitas cidades, mudanças na gestão das Secretarias da Saúde. Observou-se que, muitas vezes, o coordenador do CEO também era o coordenador de Saúde Bucal do Município, sendo que o papel de Coordenação de CEO às vezes não era claro”.

Infelizmente, a prática da nomeação política de cargos de gerência ou, até mesmo, de funções técnicas, é comum em nosso país e tem demonstrado um alto potencial deletério tanto para o serviço quanto para os sujeitos envolvidos. Em função disso, muitas vezes, o cargo de coordenação é reduzido à condição de moeda de troca política, maculando sua verdadeira função. A rotatividade dos profissionais prejudica a longitudinalidade e continuidade da gestão nos espaços de trabalho, além de exigir que mais

recursos públicos sejam gastos em função de repetidas capacitações para os novos profissionais. Estratégias voltadas para a estruturação de um plano de carreira no SUS, incluindo os cargos de gerência, podem vir a ser importantes para evitar a ocorrência da rotatividade, promover a continuidade e garantir que os recursos investidos no profissional sejam melhor aplicados.

Fica claro, a partir das situações encontradas in loco, a necessidade de qualificação do profissional que assume a gerência de um CEO e, ao mesmo tempo, do comprometimento deste com o trabalho assumido. O sucesso da gestão de um CEO está atrelado muito mais à forma como se dá essa gerência, do que a fatores externos, tais como o montante de recursos financeiros disponibilizados, ou a localização geográfica (municípios de pequeno e médio porte versus municípios de grande porte e/ou capitais):

“Os gerentes desconheciam o funcionamento do CEO e não entendiam algumas das questões do instrumento. Por vezes foi necessário chamar um dentista para ajudá-los a responder. Isso demonstra o despreparo dos gestores para o exercício da gestão dos CEO, ou o pouco envolvimento desses gestores”.

“Observou-se também que o comprometimento dos gestores é um diferencial para que o serviço funcione de forma adequada e satisfatória, pois mesmo com dificuldades na aquisição de materiais e insumos, ou presença de uma estrutura física insatisfatória, esses não são motivos para deixar de oferecer um serviço de qualidade à população”.

“Em vários CEO não há um coordenador, ou gerente. Em outros, há alguém designado para essa função, mas que estão completamente despreparados ou que efetivamente não a exercem. Muitos gerentes entrevistados não tinham a menor ideia do que era o PMAQ, dos instrumentos de avaliação, da documentação a ser entregue; há relatos de avaliadores que viram surgir atas ou outros documentos de uma hora para outra (primeiro o responsável respondeu que não tinha, depois apareceu com um papel na mão com aspecto de que havia acabado de ser escrito)”.

“Com a avaliação externa foi possível perceber que a qualificação profissional (tanto de gestores como dos dentistas) é mais importante que o porte municipal. Não necessariamente municípios de grande porte apresentam serviços mais eficientes do que municípios pequenos, visto que o papel da gestão e a experiência do gestor são fundamentais para o bom funcionamento do estabelecimento de saúde”.

“A falta de uma boa gestão, de um sistema de regulação e de articulação com a rede básica (referência e contrarreferência) parece estar afetando o acesso da população a esses serviços tão necessários e importantes na saúde bucal. Uma das possíveis causas para essa desarticulação e aparente desorganização de vários CEO é a inexistência de uma coordenação atuante”.

PLANO DE CARGOS E CARREIRAS, ACÚMULO OU INADEQUAÇÃO DE FUNÇÕES DOS PROFISSIONAIS

Muitos profissionais não se fixam nos cargos oferecidos em um CEO por falta de um Plano de Cargos e Carreiras, salários baixos ou acúmulo/inadequação de funções. São situações rotineiras encontrar técnicas de saúde bucal (TSB) contratadas como auxiliares de saúde bucal (ASB) e, conseqüentemente, recebendo salários proporcionais ao cargo de ASB, apesar de exercerem funções de TSB, porque legalmente no município não foi criado o respectivo cargo. Em outras situações, embora não haja exigência de contratação de especialista nas áreas específicas de atuação do CEO, foi comum observar profissionais exercendo funções para os quais não tinham formação adequada:

“Uma TSB, com carga horária de 30 horas, também é contratada como ASB com carga horária de 30 horas. A gerente informou que o Plano de Cargo, Carreira e Remunerações não contempla todas as especialidades”.

“(…) vale ressaltar que os técnicos de saúde bucal não exercem suas competências com plenitude, e são ocupados como auxiliares de saúde bucal, não há ao menos uma cadeira odontológica reservada para esses profissionais”.

“Os cirurgiões dentistas do período da tarde relataram que o Bucomaxilofacial nunca está presente e, por isso, eles fazem as cirurgias”.

“(…) muitos municípios não têm em seu quadro funcional a categoria de ASB ou TSB, de forma que vários desses profissionais são contratados com outra função, mas desempenham a função de auxiliares nos consultórios odontológicos”.

“Foi registrado o pouco envolvimento de alguns gestores, a falta de profissionais cirurgiões-dentistas e a clareza na definição das especialidades”.

“Muitos profissionais se queixam da baixa remuneração e da falta de incentivo à qualificação e aperfeiçoamento dos mesmos”.

“Equipe qualificada e compromissada, mas com baixa carga horária de trabalho. As justificativas são os baixos salários”.

“Foi muito comum verificar dentistas atuando em número de horas bem inferior ao contratado com o aval da gestão. Isso foi justificado por questões salariais e que, se não fosse assim, relataram que não encontrariam profissionais dispostos a atuar no CEO”.

Devido aos baixos salários ofertados, muitos serviços ficaram reféns da disponibilidade de seus profissionais. Cirurgiões-dentistas, em sua maioria com vínculos precários, submetem-se ao trabalho no CEO desde que a sua carga horária seja menor do que aquela solicitada para o cargo, e seus gerentes, diante da falta de outros profissionais que aceitem as obrigações tais como são postas legalmente, curvam-se frente a essa situação.

Diversos estudos têm apontado a notável instabilidade nos vínculos empregatícios dos profissionais da saúde, com uma grande maioria de servidores contratados, em detrimento dos efetivos. Muitas vezes, essa instabilidade compromete o planejamento a longo prazo, a gestão nos serviços de saúde e a permanência dos trabalhadores nas funções, levando-os a buscarem melhores oportunidades.

Profissionais em situações como essas tendem a trabalhar insatisfeitos, a atender um número mínimo de pacientes, a não seguir protocolos estabelecidos e a não cumprir as metas pactuadas, afetando de forma geral a qualidade do funcionamento do serviço de saúde. É importante que haja um bom plano de carreiras e proteção aos profissionais envolvidos que se volte para a qualidade e o aperfeiçoamento dos serviços. Isso só é possível por meio de uma política de valorização profissional que se inicie com um plano de carreira justo e vínculos empregatícios mais fortalecidos.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A qualificação adequada do profissional para exercer as suas funções estará diretamente relacionada com a qualidade do serviço prestado. A gestão dos recursos humanos, nesse sentido, deve trabalhar para que o seu quadro funcional seja capaz de compreender as peculiaridades do serviço público odontológico, o modelo de atenção proposto e a sua contribuição nessa rede de serviços.

Os cirurgiões-dentistas, em grande parte, relataram a falta de investimentos por parte dos CEO em ações de educação permanente voltadas para os seus trabalhadores:

“Há necessidade de capacitação profissional para os diversos profissionais entrevistados, que demonstraram pouco conhecimento e envolvimento com o trabalho e o SUS”.

“Nota-se uma priorização da assistência com poucas preocupações com a prevenção em saúde bucal. Essa realidade pode ser uma consequência do não desenvolvimento de estratégias de educação permanente que contemplem as reais necessidades dos recursos humanos na área odontológica”.

“A profissional entrevistada relatou que sente falta de atividades de educação permanente e que, para se qualificar, precisa investir com recursos próprios e percorrer longas distâncias”.

Por outro lado, quando há mobilização por parte da gerência na promoção de ações que visem qualificar o profissional e, conseqüentemente, o serviço, os resultados são imediatos:

“(...) observamos que alguns gerentes dos CEO procuram se articular com os cirurgiões-dentistas da atenção básica e terciária, promovendo capacitação, protocolos e fluxos de atendimento”.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), criada em 2007 pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, configura-se como uma proposta de enfrentamento desta situação. No mesmo sentido, o artigo 200, da Constituição Federal compartilha algumas vertentes da educação

popular (que visa a construção da cidadania), propõe a construção e a consolidação do trabalho em saúde. Significa, ainda, uma proposta de prática de ensino/aprendizagem e uma política de educação na saúde.

De acordo com Cecim e Ferla (2009), a PNEPS “afirma:

- 1 a articulação entre ensino, trabalho e cidadania;**
- 2 a vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social;**
- 3 a construção da rede do SUS como espaço de educação profissional;**
- 4 re-conhecimento das bases locais como unidades político-territoriais onde estruturas de ensino e de serviços devem se encontrar em ‘cooperação’ para a formulação de estratégias para o ensino, assim como para o crescimento da gestão setorial, a qualificação da organização da atenção em linhas do cuidado, o fortalecimento do controle social e o investimento na intersetorialidade”.**

Enquanto prática de ensino/aprendizagem, busca produzir conhecimento a partir da vivência da realidade pelos trabalhadores das unidades de saúde, que têm no trabalho cotidiano as bases para questionamentos e propostas de mudança. E como política de educação em saúde, busca se configurar “como contribuição do ensino à construção do Sistema Único de Saúde (SUS)” (CECIM e FERLA, 2009).

O Ministério da Saúde reconhece a formação dos trabalhadores como uma forma de qualificação da força de trabalho e incentivo à melhora do desempenho profissional. Compreende ser uma forma de “possibilitar o aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores, domínio do conhecimento técnico-científico, capacidade de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de interagir com os usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas de seu trabalho”.

Goes et al. (2012) afirmam que uma das formas de melhorar a qualidade dos serviços dos CEO seria a qualificação dos profissionais com ações de educação permanente e criação de residência em atenção secundária para formação de habilidades e competências voltadas aos CEO.

Sendo o CEO um dos organismos componentes das redes de atenção à saúde, que oferta a atenção secundária para os usuários referenciados da atenção básica (especialmente das equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família), é essencial que se garanta aos seus trabalhadores o desenvolvimento adequado dos processos de formação e de educação permanente em saúde focados nas necessidades da população e no processo de organização dessas redes. É importante que haja a implantação de mecanismos de valorização e programas de desenvolvimento de seus profissionais.

MOTIVAÇÃO PESSOAL

Para além de todas as dificuldades relacionadas à gestão de recursos humanos já levantadas, existe um ponto fundamental: a motivação pessoal. Profissionais que se sentem motivados, ou acreditam no trabalho que realizam, são capazes de promover grandes feitos:

“A gestora, com formação de nível médio (TSB), demonstra-se competente, líder e tem a aprovação de todos os profissionais. Em pouco mais de um ano, melhorou processos de trabalho pactuados com a equipe, fez aquisição de insumos em quantidade suficiente para um ano de atendimento e articulou a viabilidade da reforma do CEO”.

“A Gerente do CEO, que é também coordenadora municipal de saúde bucal, é muito organizada e possui uma equipe de trabalho competente. Possui controle das atividades realizadas e do consumo de insumos tanto do CEO quanto da rede de atenção básica, e congregou as ações do CEO ao Plano Municipal de Saúde Bucal, que terá prazo até 2017”.

“O que prevaleceu foi a qualidade e força de vontade dos trabalhadores, desde os cirurgiões-dentistas aos técnicos administrativos”.

“Encontramos também profissionais que, apesar do quadro político ou econômico desfavorável, estavam fazendo o que podiam para melhorar o serviço ou, pelo menos, mantê-lo funcionando”.

Finalmente, cabe ressaltar a importância da participação dos profissionais nos diversos momentos do processo de gestão do trabalho. Profissionais que participam da organização das ações que desenvolvem tendem a possuir sentimento de pertencimento, percebendo todos os movimentos de mudança como algo que lhes diz respeito. É importante que a gestão dos recursos humanos valorize essa participação como forma de motivação e estímulo de cada trabalhador para com a qualidade do serviço.

O processo de avaliação externa do PMAQ-CEO evidenciou que os recursos humanos são elemento fundamental para a organização e desempenho de qualquer estrutura social. No contexto da saúde pública odontológica e de seus serviços de atenção secundária, a desqualificação dos gerentes e a alta rotatividade dos profissionais nesses cargos figuram como um dos principais empecilhos para o fortalecimento da gestão no CEO.

A GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NOS CEO

Neste item, iremos abordar a organização do trabalho nos CEO e de que forma se faz a gestão do processo de trabalho. Para tanto, antes de entrar na descrição e discussão sobre a organização do trabalho nos CEO e a gestão do processo de trabalho, vamos lançar mão de dois referenciais teóricos: o modelo de atenção em saúde bucal e as bases conceituais do processo de trabalho em saúde.

MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL E O CEO

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), lançada pela Coordenação de Saúde Bucal do Ministério da Saúde em 2004, significa uma proposta de reorientação das ações e serviços do setor de saúde bucal de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Segundo o Ministério da Saúde (2012b) a reorientação de um

“... modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho”.

Desta forma, a PNSB procura efetivar a integralidade das ações de cuidado e vigilância nos âmbitos da atenção básica, especializada e de alta complexidade. Visa a integração com os demais serviços de saúde, buscando se organizar para responder às necessidades da população e atuar na proposição de políticas intersetoriais sustentáveis, capazes de impactar positivamente sobre os indicadores de saúde bucal.

Esta integração significa um esforço para a produção de novas práticas e novos saberes onde adquirem importância fundamental a promoção e a vigilância em saúde, a preocupação em atuar sobre os determinantes sociais do processo saúde/doença, com prevenção de riscos e danos. Revela-se ainda, uma política que propõe a “incorporação de práticas baseadas em evidências de efetividade”. (BRASIL, 2004) (KUSMA et.al.,2012)

O modelo de atenção adotado pela PNSB propõe que, em cada local, a cada momento, a forma como se organizam as ações e serviços de saúde bucal signifique, frente aos determinantes sociais da saúde, uma forma de intervenção no processo saúde/ doença e a melhor resposta possível aos problemas e demandas individuais e coletivas da sociedade que ali reside por meio dos recursos existentes (humanos, materiais, financeiros, científico-tecnológicos e de infraestrutura).

O modelo de atenção em saúde bucal é regido pelo conceito ampliado de saúde e é revelado pela forma como se organiza o processo de trabalho. Assim, pode ser compreendido como “...a forma como se concebem, organizam e concretizam as ações de saúde, segundo um determinado contexto histórico, em determinado local e com determinado conceito de saúde”. Assim, é no modelo de atenção que vamos encontrar “...as concepções dos sujeitos, as práticas de saúde e as relações que se estabelecem neste processo, particularmente as relações de poder entre os vários atores, a utilização das tecnologias e a gestão do sistema e do processo de trabalho” (KALIL E FEUERWERKER, 2002).

Nos processos de reformulação das práticas sanitárias, tanto a PNSB quanto as políticas nacionais de Atenção Básica e de Promoção da Saúde sinalizam que o processo de reorientação do modelo de atenção em saúde bucal tenha, como um de seus aspectos fundantes, a atuação sobre os determinantes do processo saúde/doença. Ao ampliar o escopo de ofertas de serviços, a PNSB introduziu novos fazeres que visam a ampliação do acesso e a integralidade das ações num processo que, por sua vez, trouxe a necessidade de se operar mudanças no processo de trabalho das equipes das unidades de saúde nos três níveis de atuação e entre estes.

No campo da atenção básica, a inserção na estratégia de Saúde da Família (SF) significou uma nova forma de trabalho para as equipes de saúde bucal, acostumadas com longos anos de trabalho solo. As

ações baseadas nos princípios da integralidade e da intersetorialidade trouxeram a necessidade e o desafio de se pensar o trabalho das equipes de forma multi e/ou interprofissional. Também trouxeram para o interior do trabalho das equipes de saúde bucal novas lógicas de organização da prática, oriundas dos espaços institucionais dos setores com os quais se passou a trabalhar, notadamente nas ações em interface com as equipes de saúde da família nas unidades básicas.

Além das ações de promoção e de cuidado na área de abrangência das unidades de saúde, entre as responsabilidades das equipes encontram-se as ações de vigilância com controle sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, a busca pelo estabelecimento de vínculos de confiança e corresponsabilidade com os usuários. É também fundamental a participação junto aos movimentos sociais e de controle social, bem como em ações intersetoriais.

No campo da atenção especializada, a PNSB apresenta um modelo de atenção que preconiza que os pacientes da AB sejam atendidos nas UBS e encaminhados aos CEO por meio de protocolos que prevejam este referenciamento, sendo então atendidos pelas especialidades (até a obtenção de alta) e, em seguida, contrarreferenciados às UBS de origem, para controle e acompanhamento de sua saúde bucal.

De acordo com a PNSB e, segundo o artigo 4º da Portaria 1341 de 13/06/2012, os CEO habilitados pelo Ministério da Saúde devem ofertar, no mínimo, as seguintes especialidades clínicas: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a pacientes com necessidades especiais (para os quais são exclusivos os procedimentos básicos elencados na Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24 de junho de 2011).

Os CEO devem se constituir em referência especializada para a atenção básica, por meio de um processo de discussão e planejamento do acesso a estes serviços, em suas áreas de abrangência, visando a integralidade do cuidado com equidade. No caso dos CEO, embora alguns apresentem abrangência regional, em sua maioria são de natureza municipal e têm a gestão, em grande parte, sob a responsabilidade das Secretarias de Saúde dos municípios. Abordando a gestão dos CEO na rede de saúde bucal pelas administrações municipais, Scaratti e Calvo (2012) afirmam que:

“a qualidade da gestão municipal pode ser traduzida pela habilidade do gestor ao tomar medidas que reduzam o risco de doenças e de outros agravos e que torne universal e igualitário o acesso de cada munícipe às ações e serviços necessários para a promoção, prevenção e recuperação da sua saúde”.

— O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: AS CATEGORIAS QUE OCOMPÕEM E A IMPORTÂNCIA DA INSERÇÃO DOS SUJEITOS

De acordo com Faria et.al. (2009), denominamos como processo de trabalho “... o modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, o modo como realizamos o nosso trabalho,

qualquer que seja...”. Em geral, o processo de trabalho é “... o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade”.

Os autores apontam para a importância de que haja uma reflexão crítica e contínua sobre o processo de trabalho para seu aprimoramento e, principalmente, sua transformação. Afirmam que o grau de dificuldade dessa reflexão aumenta com a complexidade do trabalho e nas ocasiões em que existe a falta de determinação para a organização do mesmo. Ou seja, “quanto mais complexo o processo de trabalho e quanto menos sistematizado ele for, mais difícil será refletir sobre ele”. Daí a importância de que os gestores e os profissionais sejam estimulados a realizar ações, com a aplicação de instrumentos que permitam o desenvolvimento de habilidades para a reflexão crítica e possam ser sujeitos na transformação do seu próprio processo de trabalho .

As categorias que compõem o processo de trabalho são: finalidades ou objetivos; objeto; meios; agentes e produtos.

No processo de trabalho em saúde, para as equipes profissionais de um serviço ou instituição, diante de um problema, da necessidade de mudança, ampliação, atualização ou inovação do que se vem fazendo, a finalidade ou objetivo significa estipular, de forma clara e possível, onde se quer chegar, o que se pretende conseguir/alcançar de forma parcial ou total para superar o problema e promover a mudança, ampliação, atualização ou inovação. Muitas vezes o objetivo/finalidade é simples e fácil de ser alcançado por meio de uma ação e um tempo relativamente simples e rápidos.

Outras vezes, o objetivo é um princípio norteador de nossas ações, o horizonte a ser perseguido e, nestes casos, as finalidades / objetivos devem ser ações direcionadas a este horizonte e alcançá-las significar avaliar se estão na direção correta (a direção do princípio). Outras vezes a finalidade/objetivo é algo tão grande, tão difícil e tão complexo, que só se pode ser alcançado a médio ou longo prazos e, então, deve ser proposto em etapas. Estas etapas, que denominamos como “metas”, são as “partes” possíveis de se alcançar, a cada momento, do objetivo estipulado. Quando trabalhamos com metas, pode-se afirmar que alcançá-las significa alcançar a finalidade/objetivo possível de nossa ação.

Quanto à finalidade (ou objetivo) no processo de trabalho em saúde, é fundamental que todos os membros de uma equipe (os sujeitos) sejam os agentes das ações planejadas com o intuito de se atingir determinados fins. Em função desses fins é que se estabelecem os critérios ou parâmetros de organização do trabalho. Portanto, esta é uma atividade de crucial importância, uma vez que no momento de se discutir e definir finalidades é que poderão

surgir questões sociais e de poder no interior das equipes e que podem ter uma influência decisiva na estruturação da equipe em função do trabalho a ser realizado.

Não raro, é muito comum que a definição das finalidades ocorra por parte de pessoas ou grupos que ocupam os níveis mais elevados na hierarquia institucional. Quando esta situação ocorre, a “finalidade” ou “objetivo” do trabalho pode aparecer como algo imposto, prescrito. Algo estranho ou externo na rotina dos demais membros da equipe. A gestão do processo de trabalho deve incentivar a participação e promover as discussões sobre a definição das finalidades, contando com a presença de todos os membros da equipe: todos os sujeitos (gestores e trabalhadores) envolvidos devem deliberar sobre o conjunto da produção social.

Quanto ao objeto, “todo processo de trabalho se realiza em algum objeto, sobre o qual se exerce ação transformadora, com o uso de meios e em condições determinadas” (FARIA et.al.,2009). De acordo com Merhy e Franco (2005),

“... o objeto do trabalho [...] vai adquirir sentido pela ação intencional do trabalhador [...] através de seu trabalho com suas ferramentas, seus meios de trabalhar e o modo como organiza o seu uso [...] seus conhecimentos e saberes tecnológicos (o seu saber fazer) e suas relações com todos os outros que participam da produção e consumo do seu trabalho”.

Em geral, no trabalho em saúde pública, o objeto é a saúde das pessoas que estão sob a responsabilidade das equipes das unidades. A depender da situação, pode dizer respeito a um problema em sua manifestação clínica/física ou a um problema que nunca foi enfrentado ou que, de alguma forma, está afetando o trabalho e todos os fatores que o envolvem. O olhar sobre o objeto depende diretamente da visão de mundo dos sujeitos que trabalham.

Por exemplo, ao trabalhar com a cárie dentária das pessoas de uma determinada região, podemos lançar o olhar apenas para a prevalência nas pessoas de 0 a 16 anos. Neste caso, o objeto de nosso trabalho será a prevalência de cárie nas pessoas de 0 a 16 anos daquela região. E as soluções envolverão, talvez, a realização de um levantamento epidemiológico nesta faixa etária, o agendamento e a realização de atendimento clínico e preventivo em relação à cárie para estas pessoas. Mas, se tomarmos como objeto não só a prevalência de cárie nas pessoas de 0 a 16 anos, mas a história de organização daquela comunidade, as famílias que residem na região, sua condição sócio-econômica e cultural, seus valores, hábitos e comportamentos em relação à saúde bucal, é possível que as ações de enfrentamento desta situação sejam outras, mais amplas, modificando inclusive a natureza dos procedimentos preventivos e clínicos planejados, pois o objeto se tornou outro.

O objeto só atinge esta dimensão mais ampla quando os profissionais dos serviços de saúde passam a entender que o estado de saúde ou doença das pessoas em uma sociedade está ligado a fatores que vão além das causas biológicas. Quando conseguem correlacionar condições e qualidade de vida, valores, hábitos e comportamentos em relação à saúde como fatores determinantes para o adoecimento ou não

das pessoas. Quando, em função desta visão de mundo, compreendem a influência destes aspectos na prevalência da cárie nas pessoas de 0 a 16 anos e entendem que, caso não se ocupem destes aspectos, correrão o risco de nunca atuar nos fatores que realmente determinam esta prevalência e, desta forma, atuarem de forma inócua sobre a cárie dentária.

Diante deste exemplo, podemos afirmar que o grau de vínculo, a sensibilidade e a solidariedade, além da concepção sobre saúde/doença é que podem incluir, ou não, a preocupação com os determinantes sociais da saúde, com o ambiente, as condições sociais, culturais e históricas ou, ainda, as subjetividades que envolvem cada problema nos planos individual e coletivo. Desse modo, as formas de organização do processo de trabalho dependem de como o objeto é percebido pelos sujeitos de uma equipe de saúde. Assim como a discussão exaustiva do objeto é fundamental na definição também das finalidades ou objetivos, sendo importantíssimo que não se confundam objeto e objetivo.

No que diz respeito aos meios, pode-se afirmar que estes são específicos para cada condição particular. Podem ser ferramentas ou condições de trabalho. São máquinas, equipamentos, instrumentos, edificações e o ambiente, que permitem que o trabalho se realize. São, também, os conhecimentos sistematizados ou não, e as habilidades peculiares a uma pessoa ou profissão. Na estrutura do processo de trabalho, podem ainda ser considerados como meios “as próprias estruturas sociais, que são determinantes, por exemplo, para as relações de poder no trabalho e para a remuneração dos diversos tipos de trabalho”. Os meios e condições de trabalho compõem uma mescla que acontece em todos os momentos na realização do trabalho (FARIA et.al.,2009).

No estudo do processo de trabalho, o agente ou agentes, são os sujeitos que realizam o trabalho. Estes agentes estabelecem “os objetivos e as relações de adequação dos meios e condições para a transformação dos objetos”. Cada sujeito-agente é uma pessoa oriunda de uma sociedade, da qual se extrai sua história e sua formação como cidadão. Estas marcas individuais definem a inserção de cada um no processo de trabalho da instituição em que se encontra: os desejos, as aspirações, a identificação com o trabalho e a relação com o binômio “trabalho-salário”.

Por seu turno, o trabalho de cada agente/sujeito acontece no interior de instituições que estabelecem regras e objetivos, às vezes instituídos de forma objetiva (normas, protocolos, regulamentos, instrumentos), às vezes de forma subliminar (comportamentos individuais e de grupo, frente a princípios éticos ou de natureza hierárquica), que podem influir na inserção de cada trabalhador no processo de trabalho. No processo de trabalho em saúde no SUS, os objetivos, bem como os procedimentos de adequação de meios, condições e fins, são estabelecidos e realizados nos níveis social, institucional, de equipe ou grupo e individual. “Portanto, dependendo da perspectiva de análise, o agente do trabalho pode e deve ser visto como um indivíduo, um grupo ou equipe, uma instituição ou uma sociedade” (FARIA et.al.,2009).

Os produtos se referem à realização das ações planejadas, por meio das quais se pretende alcançar a finalidade ou objetivo do trabalho. Produto é o ato de produzir. Ou seja: o produto é a ação em movimento,

acontecendo. E envolve todos os recursos (meios e agentes) de que se necessita para realizar uma ação e todos os passos/procedimentos necessários para efetivá-la. Envolve os sujeitos e a qualidade impressa por estes em todos os passos e momentos da ação, vai ser fundamental na qualidade da própria produção. Ao acontecer, o produto gera resultados que serão os indicadores que permitirão avaliar em que medida, com a ação realizada (o produto), foram alcançados os objetivos.

Por exemplo, quando a equipe de saúde bucal do CEO resolve discutir e atualizar um protocolo de referência de pacientes da atenção básica para o serviço especializado de endodontia do CEO, o produto será o processo para realizar a atualização. Ou seja: os contatos com os profissionais da atenção básica e os gestores, a realização dos encontros (reuniões de trabalho), a leitura de textos atualizados, alguma eventual consulta a experts na área de endodontia (aula, teleconferência, palestra, grupo de discussão), a divisão das tarefas, a redação inicial de um novo protocolo, novas discussões, sua avaliação junto a experts, a redação final do protocolo e sua implantação. Os resultados serão obtidos por meio de indicadores (protocolo atualizado, maior clareza de conteúdos e passos, novos procedimentos mais adequados, satisfação dos profissionais, maior confiabilidade, etc.).

O TRABALHO E A GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NOS CEO

Não raro, a organização do trabalho das equipes de saúde bucal nos CEO costuma ser, predominantemente, de natureza clínica, focada nas especialidades e sob exigência de produção mensal definida segundo o tipo de CEO habilitado. A equipe de saúde bucal do CEO é constituída, basicamente, pelo Cirurgião Dentista (CD), pelo Técnico em Saúde Bucal (TSB) e pelo Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Os cirurgiões dentistas, em geral, têm alguma formação especializada (embora não haja a necessidade formal de que sejam especialistas). Sob o ponto de vista funcional, o trabalho da equipe acontece em torno de procedimentos especializados, conduzidos pelo CD, e auxiliados pelos demais, havendo, entre estes, o predomínio do trabalho de ASB.

De acordo com o modelo de atenção proposto pela Política Nacional de Saúde Bucal, os CEO integram a Rede de Atenção à Saúde (RAS) como referência especializada para os demais níveis de atenção. Tomando por base o estudo de Donabedian (1980), a análise do processo de trabalho em um CEO guarda uma série de aspectos que envolvem: a) a estrutura dos serviços (aqui entendidos como todos os recursos disponíveis); b) o processo de trabalho, que se refere à organização das ações desenvolvidas e se dá por meio do emprego de tecnologias e com o apoio das referências científicas (epidemiológicas, reconhecimento do território, determinantes sociais da saúde) e organizacionais (fluxos e contra fluxos) em relação às quais gestores e profissionais estabelecem metas, planejam as ações e as executam; c) os resultados alcan-

çados por estas ações. Estes aspectos necessitam ser explicitados a fim de que se possa compreender a complexa trama que envolve o trabalho das equipes de saúde bucal nos Centros de Especialidades Odontológicas.

Frequentemente, a organização do processo de trabalho em uma instituição pública como um CEO produz uma divisão de tarefas, com diferentes atividades a serem pensadas, estruturadas e atribuídas aos profissionais é uma responsabilidade da gestão e tem que ser muito bem planejada, pois a maioria das ações, na condição de atividades-meio está interligada à organização e à realização dos procedimentos clínicos, aos encaminhamentos, aos registros, aos processos de planejamento e avaliação, bem como às relações com outros pontos de atenção da rede e aos movimentos sociais.

Portanto, é importante que todos os profissionais da equipe de saúde bucal compreendam a proposta global de trabalho e, em seu bojo, a inter complementaridade destas atividades e as assumam, em alguma medida, também como responsabilidade sua. Caso não sejam percebidas como responsabilidade de toda a equipe, corre-se o risco de haver uma divisão do trabalho na qual as responsabilidades atribuídas aos diversos profissionais, cada um apenas em relação ao seu setor, acabe por produzir uma fragmentação da proposta e do trabalho.

Em vista disso, frente aos problemas e demandas da população, com os recursos disponíveis e diante dos princípios de diretrizes da PNSB, a primeira responsabilidade da gestão em relação à organização do trabalho em um CEO é a elaboração, clara e compartilhada, da finalidade, do objeto, dos meios e dos produtos a serem construídos. Neste movimento, é imprescindível tentar fazer com que haja a participação dos profissionais, com responsabilização, protagonismo e implicação.

ESTRUTURA

“Recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica. Inclui financiamento e disponibilidade de mão de obra qualificada” (DONABEDIAN, 1980).

Aspectos da infraestrutura que envolvem o trabalho nos CEO. O tipo e a localização do CEO (I, II ou III; se isolado ou junto a um laboratório de prótese dentária, em um hospital, em uma universidade) exerce uma primeira influência na organização do processo de trabalho da equipe de saúde bucal, tanto por revelar sua capacidade produtiva, em função do número de cirurgiões dentistas e os horários de funcionamento que seu trabalho acarreta, quanto pela abrangência (municipal, regional) do mesmo, que definirá a qualidade da demanda, bem como a necessidade de se planejar as ações em função das cotas, dos riscos sociais e do quadro epidemiológico.

Este cenário revela, para a gestão, a necessidade de se pensar o trabalho possível (em função da capacidade produtiva), no qual é fundamental a realização do cálculo da carga horária semanal dos profissionais das equipes de saúde bucal que atuam nas especialidades mínimas ofertadas. Para Goes (2009),

é fundamental que a equipe de saúde bucal do CEO se responsabilize pela área de abrangência e se movimente no sentido de “...territorializar a atenção em saúde bucal tendo o CEO como agente catalisador desse processo”.

O tipo de vínculo e a forma de ingresso dos profissionais no CEO podem interferir no processo de trabalho da equipe de saúde bucal. Quando o ingresso se dá por meio de concurso público e acarreta um contrato permanente, gera maior confiança e estimula o profissional a seguir na carreira, podendo acarretar maior adesão do mesmo à proposta de trabalho. Ao contrário, contratos temporários podem gerar instabilidade, desestímulo e pouca adesão do profissional à proposta de trabalho. Em muitos CEO, estas duas modalidades de vínculo ainda coexistem e são um problema para a gestão em função de que os agentes contratantes (principalmente, municípios), por força da lei ou por se encontrarem em dificuldades financeiras para realizar uma expansão mais ousada do quadro de recursos humanos, optam por contratos temporários para fazer frente às demandas dos cidadãos que dependem do SUS para se tratar.

Os Planos de Carreira, Cargos e Salários - PCCS devem ser uma preocupação fundamental da gestão dos CEO. O PCCS gera segurança e, em geral, funciona como um fator positivo para a participação dos profissionais na definição e no desenvolvimento das ações planejadas para as equipes de saúde bucal do CEO. É importante, neste processo, a existência de alguns dispositivos para incentivar o profissional a investir na carreira, tais como a progressão por antiguidade, progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito), progressão por titulação e formação profissional, adicional de insalubridade ou periculosidade. Além disso, quando se estipulam premiações, incentivos e gratificações por desempenho, observa-se maior satisfação do profissional com o trabalho, o que pode gerar ambientes propícios para a implicação e o protagonismo do profissional para com a proposta do CEO. Sem dúvidas, a existência de um plano de carreiras, embora não seja o principal fundamento, pode contribuir positivamente para a organização do processo de trabalho nos CEO.

De acordo com o CONASS (2004), é importante que os serviços de saúde se preocupem em “[...] oferecer aos trabalhadores condições de trabalho, carreira, contrato, modalidades de vínculos, mecanismos de incentivos e motivação, estabelecidos na relação de trabalho entre empregadores e empregados”.

A formação e qualificação dos profissionais do CEO é uma condição que apresenta marcada influência no processo de trabalho dos profissionais da equipe de saúde bucal do CEO. Não restam dúvidas de que, enquanto parte integrante de uma rede de atenção à saúde, os CEO se inserem tanto no campo específico das especialidades que ofertam, quanto no campo da saúde pública. Desta forma, a trajetória da formação de profissionais guarda uma estreita ligação com os currículos que nortearam os eixos do ensino nas instituições em que estudaram, acabando por influenciar suas performances na vida profissional, notadamente nos primeiros anos após a formatura.

No Brasil, apesar da adoção de novos currículos construídos a partir do que ditam as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de odontologia, ainda persiste um forte traço de ensino ligado à prática

tradicional, cientificista e voltado para o setor privado, que o privilegia em detrimento do conhecimento da política pública de saúde. Portanto, apesar do que propõe a PNSB, não há como negar a influência da formação profissional cientificista sobre as ações planejadas para as equipes de saúde bucal e sobre a organização do processo de trabalho nos CEO. Este fato reforça a importância de que se institua nos CEO a política de educação permanente como ferramenta de gestão, potente para estruturar práticas mais afinadas com os princípios e diretrizes do SUS e da PNSB.

Há algumas questões que não envolvem diretamente o trabalho clínico dos profissionais das equipes de saúde bucal, mas que dizem respeito à organização, caracterização e manutenção do ambiente dos CEO e, desta forma, acabam por manter alguma relação com a organização do processo de trabalho porque significam a responsabilização de todos os trabalhadores com o espaço físico, gerando cuidado e o sentimento de pertencimento para com o local de trabalho. Assim, merecem destaque as ações relacionadas com a adequação visual do CEO e as condições de acessibilidade. O que importa aqui é saber se a gestão envolve os profissionais da equipe de saúde bucal na proposição e manutenção destes aspectos, ainda que não sejam responsabilidades diretas do seu trabalho, mas como algo com os quais todos os profissionais de CEO devem se envolver, uma vez que dizem respeito à ambiência do prédio e à relação com os usuários.

De uma forma mais objetiva, está a preocupação com as características estruturais e ambiência dos espaços clínicos do CEO. É fundamental que a gestão se preocupe em envolver os profissionais da equipe de saúde bucal nos processos de definição/manutenção da acústica, da iluminação, da ventilação, da escolha das cores, da limpeza dos ambientes clínicos, espaços comuns de uso, salas de espera e banheiros, não apenas porque dizem respeito à clínica e à relação com os usuários, mas em especial porque significam a conquista do direito de trabalhar em condições dignas.

É importante que a gestão do CEO se ocupe em definir de que forma os profissionais da equipe de saúde bucal devem participar da organização e dos cuidados de manutenção dos diversos espaços que compõem a estrutura física do CEO. Há espaços que são diretamente ligados às atividades da equipe de saúde bucal tais como recepção, sala de espera, expurgo, sala de lavagem/ descontaminação, sala de esterilização, escovódromo, laboratório de prótese, sala exclusiva de radiologia, sala de observação e casa externa do compressor. Nestes espaços, é mais fácil para a gestão estipular as formas de participação e os graus de responsabilidade dos profissionais da equipe de saúde bucal quanto à organização e definição do uso, por meio da elaboração de protocolos e/ou estabelecimento de Procedimentos Operacionais Padrão (POP). Em relação aos demais espaços comuns como almoxarifado, depósito de material de limpeza, sala de reunião, copa/cozinha, banheiros e local para depósito de lixo comum para os quais existem outros profissionais com função específica para tal, deve caber à equipe de saúde bucal, que destes é usuária, o papel de zelar pelo bom uso e estado de conservação.

No que se refere à esterilização de instrumental e ao condicionamento do material de consumo é importante saber se este processo é realizado no próprio CEO ou em ambiente externo ao mesmo. São funções vitais a qualquer atividade clínica, de manejo delicado, ordenadas por normas técnicas elaboradas pela

Secretaria de Vigilância à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS), regidas por protocolos científicos e POP. Apesar da existência de profissionais com preparo e designação específicos para estas atividades, é importante que a equipe de saúde bucal as reconheça como atividades-meio fundamentais ao desenvolvimento dos procedimentos clínicos. Em função deste fato, a questão central que se coloca para a gestão do CEO é pensar de que forma os profissionais da equipe de saúde bucal devem participar, bem com definir quais são suas responsabilidades.

Dois outros aspectos fundamentais ao desenvolvimento do processo de trabalho da equipe de saúde bucal, bem como ao sistema de informação do CEO, dizem respeito à existência de equipamentos de tecnologia da informação e à qualidade do material impresso para atenção à saúde bucal. A produção da informação se reveste de caráter prioritário para os processos de gestão do trabalho no CEO e deve se dar de forma responsável, em tempo real, afim de que se produzam bancos de dados - locais, regionais e nacional - fidedignos e capazes de subsidiar o planejamento e a tomada de decisões nestas três esferas de governo. Em especial, para que a equipe de saúde bucal tenha conhecimento dos resultados de sua produção e possa utilizar esta informação nos processos internos de avaliação, tomada de decisão e planejamento do trabalho.

É fundamental, pois, que os profissionais da equipe de Saúde Bucal do CEO sejam capacitados para a produção da informação. É sabido que, no Brasil, ainda há locais em que o acesso à internet é precário, havendo a necessidade de que a produção da informação se dê por meio de processos manuais. No entanto, independentemente deste fato, os profissionais devem estar preparados para produzi-la e transportá-la para o sistema de informação. Portanto, cabe à gestão dos CEO providenciar a implantação de um sistema de informação com o emprego de equipamentos de tecnologia da informação. Assim como é função primordial da gestão capacitar, inserir métodos e cobrar, da equipe de saúde bucal do CEO, a produção da informação.

Independentemente da existência de equipamentos informatizados, é importante manter a boa qualidade do material impresso para a efetivação da informação sobre a atenção especializada. É fundamental que a gestão do CEO crie espaços propícios à participação dos profissionais da equipe de saúde bucal na discussão deste material, que saibam discernir se são instrumentos suficientes para o registro da produção, a efetivação dos fluxos entre os diferentes pontos de atenção no interior do sistema de saúde, bem como para alimentar o banco de dados e garantir a plena informação dos prontuários.

Entre os recursos que compõem a infraestrutura de um CEO, há três que assumem importância fundamental para o desenvolvimento do trabalho clínico e estão diretamente ligados ao processo de trabalho dos profissionais da equipe de saúde bucal: os equipamentos periféricos (equipamentos, cadeiras odontológicas, amalgamadores, fotopolimerizadores, etc.); os insumos odontológicos (material de consumo) e o instrumental odontológico. Em um CEO, a necessidade de aquisição dos equipamentos periféricos, insumos e instrumental clínico significa um importante investimento em tecnologia, e deve ser apresentada/indicada pelos profissionais em cada especialidade, com base em argumentação científica

de eficácia, especificação técnica e estudo de custos e benefícios (eficiência) a serem incluídas como subsídio fundamental à discussão e definição das compras (compras diretas e processos licitatórios). O uso destes recursos requer a adoção ou a elaboração de protocolos e POP que permitam otimizar sua utilização, visando a ampliação da oferta de procedimentos clínicos, a redução de tempos e custos e o aumento da produção mensal dos CEO. Da mesma forma, a manutenção técnica significa um processo que deve ser cuidadosamente elaborado com definição (normatizada) dos aspectos preventivos (cotidianos - sob a responsabilidade dos profissionais - e periódicos - com o técnico) e de reparação, nos momentos em que houver algum problema.

Em relação aos equipamentos periféricos, insumos e instrumental clínico, há algumas questões que não mantêm uma relação direta com as atribuições previstas para os profissionais da equipe de Saúde Bucal do CEO, mas que podem interferir em seu processo de trabalho: as principais se referem à efetivação das compras pelo almoxarifado, ao controle de estoque e à manutenção técnica de reparos. É importante que a equipe de saúde bucal registre todos os eventos em que ocorrerem intercorrências relacionadas a estes setores e que registre, em relação a estes eventos, num dado espaço de tempo (um ano, seis meses), quantas vezes o atendimento foi interrompido ou prejudicado pela falta de insumos e instrumentais ou, em consequência do não funcionamento de equipamentos odontológicos.

Este tipo de informação se torna um elemento importante de reflexão sobre as questões que facilitam e as que impossibilitam que o trabalho aconteça conforme o previsto. São momentos importantes para que os profissionais da equipe de saúde bucal possam discutir os problemas com a gestão e utilizar o espaço do trabalho para refletir sobre os efeitos da interrupção do atendimento em relação às metas propostas para o CEO, às demandas e expectativas dos usuários e às suas próprias posições (individualmente e como equipe) diante destas intercorrências.

Estes momentos de reflexão são extremamente importantes, pois podem alavancar mudanças e melhorias no processo de trabalho da equipe de saúde bucal e as exigências cotidianas de produção e a própria rotina estabelecida podem impedi-los de acontecer. Ademais, por não serem percebidas como atividade com foco em aspectos técnicos e científicos, nem sempre costumam ser uma opção da equipe ou, quando acontecem, nem sempre incluem o último aspecto. Nesse caso, cabe à gestão do CEO estar próxima e atenta, não perdendo a oportunidade de intervir e estimular a equipe a produzi-la. Os resultados, certamente, vão depender da implicação de gestores e profissionais com o problema.

A imunização dos profissionais da equipe de saúde bucal do CEO é um aspecto que diz respeito ao processo de trabalho da equipe de saúde bucal. Trata-se de procedimento obrigatório, de proteção ao trabalhador e, a princípio, sob a responsabilidade do gestor. No entanto, esta é uma ação que influi diretamente no trabalho da equipe e deve ser compartilhada pela gestão com os profissionais. É importante que estes participem da discussão e definição sobre as doenças às quais estão expostos (e necessitam de imunização) e que participem da proposta de controle sobre a vacinação.

PROCESSO

“Atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo” (DONABEDIAN, 1980).

Aspectos políticos que envolvem a organização das ações especializadas nos CEO. Em função do que preconizam a PNSB e a RAS, o processo de trabalho nos CEO deve ter o Plano Diretor de Regionalização - PDR como referência para a elaboração das ações. Os CEO apresentam, como característica principal, a oferta de procedimentos clínicos especializados em uma dada região e, desta forma, sua função no sistema de saúde (seja ele em rede, ou não) deve se inserir como uma proposta de integralidade do cuidado. Em função disto, o plano de trabalho deve ser construído a partir de um termo de compromisso junto ao gestor local.

A organização das ações deve se dar com a inserção consciente dos profissionais das equipes de saúde bucal dos CEO na condição de planejadores e executores dos cuidados especializados. É importante que estes profissionais participem da discussão técnico/política que envolve a fundamentação do termo de compromisso a ser firmado pelo gestor local, que possam participar da definição das metas a se alcançar e, com isto, garantir que as propostas contidas no termo de compromisso estejam em consonância com estas metas para que, desta forma, as ações definidas sejam planejadas, executadas, monitoradas e avaliadas com a participação dos profissionais da equipe de saúde bucal do CEO.

De acordo com a Portaria nº 4.279, de 30/12/2010, as RAS “...são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. Trata-se da organização de um sistema de saúde de forma horizontalizada, que tem a AB como referência central e que se propõe a prestar uma assistência contínua a uma determinada população.

Nas RAS, os CEO assumem a posição de referência especializada de saúde bucal para as UBS. São as UBS que deverão, por meio de critérios pré-definidos e protocolizados, constituir o fluxo de acesso dos usuários aos CEO que, após a conclusão do tratamento especializado, deverão reencaminhá-los à atenção básica. Além das ações e procedimentos clínicos, será justamente nesta interface entre AB e a atenção especializada (AE) que vão se dar muitas das atividades que constituem o processo de trabalho em saúde bucal nos CEO.

Em relação ao ordenamento e definição de fluxos é fundamental que a gestão do CEO promova a realização de discussões na rede de atenção à saúde envolvendo o papel e as responsabilidades dos CEO na organização dos fluxos de referência e contrarreferência entre os diferentes níveis de atenção, incluindo, neste movimento, a participação dos profissionais da equipe de saúde bucal. São também importantes, as abordagens que envolvem o agendamento de consultas especializadas nos CEO, incluindo a discussão e elaboração de protocolos clínicos e a definição de prioridades.

Outro aspecto que também adquire relevância na discussão do processo de trabalho dos CEO na RAS envolve a discussão sobre as cotas pré-definidas, por equipe de saúde bucal, para o encaminhamento dos usuários conforme cada tipo de CEO. Em ambos os momentos, é fundamental que a gestão do CEO incentive a participação dos profissionais de saúde bucal nestas discussões, em um processo que permita um contato permanente com profissionais das UBS para trocar informações sobre os pacientes encaminhados pela Atenção Básica. Da mesma forma, estabelecer contatos com a atenção de alta complexidade com a finalidade de possibilitar o contato com profissionais de hospitais para trocar informações sobre os pacientes encaminhados para a assistência hospitalar, bem como para definir fluxos que garantam o acesso de pacientes portadores de necessidades especiais ao atendimento sob anestesia geral ou sedação em nível hospitalar.

É fundamental que, em função das metas propostas e frente às condições objetivas de trabalho, as equipes de saúde bucal dos CEO estabeleçam, como norma, a realização sistemática de reuniões para avaliar o andamento das ações planejadas, a existência de eventuais problemas e os resultados alcançados e, se for o caso, possam replanejar estas ações. É função da gestão dos CEO estabelecer, com os profissionais da equipe de saúde bucal, a periodicidade destas reuniões de planejamento e, ao longo do período combinado, cobrar sua realização, com a fixação de pauta e elaboração de um produto (ata e/ou relatório), enfatizando a importância desta forma de organização como um aspecto fundamental à consolidação do processo de trabalho nos CEO.

Espera-se que nestas reuniões sejam abordados temas como a organização do processo de trabalho e do serviço, a construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal. Importa, também, pensar em atividades de qualificação técnica e científica para o trabalho clínico com participação de especialistas convidados de Universidades ou de outros serviços, abordar a discussão de casos clínicos pela equipe (eventos sentinelas, casos difíceis, casos desafiadores), ou a elaboração de projeto terapêutico singular com a participação das equipes de saúde bucal da Atenção Básica.

A equipe do CEO poderá planejar/programar suas atividades considerando as informações do SIA, o conhecimento do território, estudos epidemiológicos, as metas estabelecidas por especialidade, os desafios apontados a partir da autoavaliação e o envolvimento com organizações da comunidade (a parceria e pactuações com a comunidade).

Além do estabelecimento de um processo de avaliação/autoavaliação e planejamento do trabalho com frequência definida, o apoio da gestão permite um contato mais próximo da equipe com o coordenador municipal/estadual de saúde bucal, com apoiador institucional, com os profissionais da vigilância em saúde, além de outros profissionais da gestão. Este processo de planejamento permanente pode facilitar a integração da saúde bucal com outros setores e apresenta, como fator positivo para o fortalecimento do processo de trabalho, a participação dos profissionais da equipe de saúde bucal dos CEO na geração de alguns produtos como painéis informativos, boletins epidemiológicos, salas de situação, relatórios e consolidados mensais do SIA/SUS, além de favorecer o monitoramento e a análise das

metas estabelecidas para cada especialidade ofertada no CEO. E, caso estimule a autoavaliação, pode possibilitar que seus resultados sejam potentes instrumentos de reorientação do processo de trabalho da equipe do CEO.

Aspectos técnicos que envolvem a organização das ações especializadas nos CEO. No trabalho cotidiano dos CEO, é comum a ocorrência de casos clínicos considerados complexos cujo enfrentamento, muitas vezes, poderá necessitar do apoio de outros profissionais. Assim como a proposição de trabalho complementar entre os níveis de AB e AE, pode ser fortalecido por meio de um trabalho de cooperação técnica e científica para a realização de capacitações, elaboração de protocolos, estabelecimentos de fluxos e a implantação de um sistema integrado de informação que potencializem o processo de trabalho e signifiquem a consolidação do modelo de atenção preconizado pela RAS. Esta modalidade de trabalho conjunto é conhecida como “apoio matricial” e é definida como “... um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações [...] de saúde”.

De acordo com Campos e Domitti (2007) o apoio matricial tem como finalidade a construção de um processo integrado entre diferentes equipes, de diferentes níveis de atenção, capaz de “... assegurar re- taguarda especializada à equipe e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde”. O apoio matricial não deve se referir apenas a um processo de reforço às especialidades, mas, fundamentalmente, à construção de fluxos interligados cuja finalidade é a garantia da integralidade do cuidado. Uma vez que os CEO oferecem serviços especializados em pelo menos cinco subáreas, é natural que algumas apresentem demandas diferentes, gerando a necessidade de arranjos também diferentes para seu enfrentamento, arranjos que podem significar tanto o apoio matricial para a equipe do CEO, quanto para a equipe da AB, ou ainda, um trabalho conjunto entre ambas.

Entre as ações que os profissionais do CEO podem realizar junto às equipes de Saúde Bucal da AB, merecem destaque a discussão de casos clínicos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores; da definição das ações clínicas a serem compartilhadas com os profissionais do CEO e da AB; a proposta de capacitação para a detecção do câncer de boca; a construção conjunta de projetos terapêuticos; a definição de atividades de educação permanente; a discussão e elaboração de protocolos clínicos com pactuação acerca dos critérios para referência por especialidade e a realização de visitas junto aos profissionais das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, quando solicitados.

Pelo exposto, fica claro que o apoio matricial é fundamental à consolidação de um processo de trabalho capaz de levar à integralidade tanto na organização do trabalho conjunto entre AB e AE, quanto na produção do cuidado. Este fato gera, para a gestão do CEO e da AB, a responsabilidade em promovê-lo, incentivando a participação ativa dos profissionais envolvidos. É desta forma participativa que poderá se conhecer com maior precisão quais áreas necessitam de apoio matricial e em que intensidade. É também por meio deste processo que será definido quando as ações de apoio serão dirigidas para as equipes de Saúde Bucal da AB, da AE ou para ambas, e com que frequência irão ocorrer.

Da mesma forma, as ações de educação permanente são fundamentais à consolidação do processo de trabalho das equipes de saúde bucal do CEO. Significam uma potente forma de atualização e qualificação técnica-científica para os profissionais, capaz de favorecer a introdução de novas tecnologias, de aumentar o aporte científico e criar novos métodos para organizar e agilizar o trabalho. E, fundamentalmente, buscar, para estas ações, a parceria com as instituições formadoras, tanto em nível médio como do ensino superior. Cabe à gestão estar atenta para que os profissionais das equipes de saúde bucal dos CEO estejam inseridos nos processos de educação permanente (relativos à organização da rede, a temas de interesse coletivo e/ou de interesse específico nas áreas especializadas em saúde bucal) organizados e ofertados pela gestão do SUS nas três esferas de governo.

Assim, é importante que estes profissionais participem de seminários, mostras, oficinas, grupos de discussão, cursos presenciais ou à distância, dos programas e aulas de telessaúde, de processos de tutoria/preceptoria ou de troca de experiências. Quanto às atividades de telessaúde, a gestão deve incentivar os profissionais das equipes de saúde bucal dos CEO para a utilização de atividades como a busca de segunda opinião formativa, o desenvolvimento da teleconsultoria e do telediagnóstico, bem como a participação em processos de tele-educação. Em todas estas atividades, a gestão do CEO deve insistir na participação e fortalecer o protagonismo dos profissionais de modo a garantir que as demandas e necessidades da equipe do CEO sejam contempladas e, na medida do possível, resolvidas.

Tanto as ações relativas ao apoio matricial quanto àquelas de educação permanente são ferramentas com enorme potencial para a organização do trabalho das equipes de saúde bucal do CEO. Nestes processos, a responsabilidade da gestão é preponderante, mas, a implicação dos profissionais de saúde bucal é decisiva para o fortalecimento do processo de trabalho nos CEO.

Na organização da atenção especializada nos CEO, o tempo estimado de espera dos usuários para atendimento nas diferentes especialidades costuma apresentar enormes variações em função da relação entre oferta e demanda. É importante que os profissionais das equipes de Saúde Bucal participem de estudos e discussões com base na capacidade produtiva de cada CEO, para definir, em cada especialidade, o tempo médio de duração dos procedimentos e do tratamento completo. Esta é uma função intrínseca ao processo de trabalho e o sucesso da organização da agenda depende, em boa medida, da qualidade que a equipe imprimir a esta atividade. A coordenação do CEO deve definir esta ação com função precípua do trabalho dos profissionais da equipe de saúde bucal.

Aliás, a organização do acesso é um fator fundamental na definição do trabalho dos CEO e revela a concepção dos gestores e profissionais acerca do modelo de atenção em saúde bucal. Ainda que situados no espaço de um município, na maioria das vezes, os CEO têm abrangência regional, coincidente com a microrregião onde se localiza este município. De acordo com a PNSB, o acesso aos CEO deve se dar por meio do encaminhamento de pacientes das unidades básicas de saúde para os CEO. Portanto, todos os pacientes a serem agendados nos CEO devem ser examinados e diagnosticados nas unidades básicas de saúde dos municípios da área de abrangência e, após confirmada a necessidade de atendimento es-

pecializado, encaminhados, via regulação e/ou, por meio de um termo de compromisso assinado pelo gestor local. Este termo de compromisso, que deve ser elaborado com a participação dos profissionais das equipes de saúde bucal do CEO e da AB, deverá conter as metas de produção e a definição das cotas por especialidade, que são pactuadas com os municípios da região de abrangência.

Assim, organizar a agenda significa bem mais do que simplesmente definir quantas vagas há por especialidade e se organizar para preenchê-las. Mas conhecer a capacidade de produção do CEO, conhecer (e buscar implantar) a forma proposta pela PNSB para os encaminhamentos (referências e contrarreferências), saber sobre os protocolos, conhecer o processo de regulação, estabelecer as pontes com a AB, conhecer a definição das prioridades, além de se ter conhecimentos e habilidades para organizar o atendimento significa, também, compreender a diferença entre o acesso ao CEO por meio da referência originada na atenção básica, da demanda espontânea ou, ainda, da demanda mista e porque estas três formas podem acontecer. É saber avaliar se o que a gestão e a equipe de SB têm feito para organizar o acesso contribui para produzir resultados com impacto positivo na saúde das pessoas de acordo com o que se preconiza para os CEO.

O acesso por meio das referências da AB para os CEO revela um processo muitas vezes complexo, que é profundamente afetado por problemas dos usuários, de natureza financeira (falta de recursos para deslocamentos e hospedagem ou, para realizar a complementação do tratamento quando os CEO não ofertam a prótese unitária), de acessibilidade (longas distâncias, falta de transportes ágeis) ou cultural (finda a dor, a extração é uma solução percebida como solução eficaz). Estes problemas geram alguns problemas graves na agenda, sendo altas as taxas de absenteísmo, que variam conforme a especialidade. Diante destas questões, de que forma a gestão dos CEO e as equipes de saúde bucal se organizam para enfrentá-las? O que significa para o processo de trabalho dos profissionais da equipe de saúde bucal entrar em contato com as Unidades Básicas de Saúde para discutir a organização do acesso e da agenda?

É importante que os profissionais da equipe de SB saibam caracterizar a demanda por cuidados especializados no CEO: quem são as pessoas que dependem dos CEO para resolver os problemas mais complexos (crianças, adultos, idosos; homens, mulheres; raça; cor; religião); de que região vêm; a que estrato social pertencem; qual o valor que atribuem à sua saúde bucal; qual é o perfil epidemiológico.

É possível que estas questões nem sempre estejam sendo objeto do trabalho, não sendo percebidas como responsabilidade dos profissionais da equipe de SB. Muitas vezes, o simples acesso dos usuários ao atendimento especializado já é suficiente para que os profissionais se ocupem da função de atender, sem se importar com a origem deste acesso. São situações que requerem uma ação radical da gestão no sentido de se construir um novo processo de trabalho, comprometido com a proposta do SUS e da PNSB. Trata-se de resignificar o trabalho, enfatizando a importância do protagonismo de gestores e profissionais na organização do acesso aos serviços ofertados pelos CEO.

Uma questão fundamental que envolve todos os aspectos de natureza clínica se refere à organização dos

prontuários. Independente do fato deste prontuário ser informatizado e integrado aos demais setores do SUS, é fundamental que a gestão do CEO promova a participação dos profissionais da equipe de saúde bucal na concepção, organização, utilização, monitoramento e avaliação deste prontuário. No caso dos CEO, uma vez que são ofertadas algumas especialidades, é importante que os profissionais da equipe de saúde bucal participem da definição sobre este prontuário ser único para todas as especialidades ou específico para cada especialidade (ou para as especialidades que julgarem fundamental possuir o seu próprio prontuário). Finalmente, conforme já apresentado anteriormente, participar da discussão sobre a importância de que o CEO tenha um prontuário eletrônico implantado e que este prontuário eletrônico possa estar integrado com os outros pontos da rede de atenção à saúde.

Conforme já se afirmou, um aspecto que envolve a organização do processo de trabalho da equipe de saúde bucal é a proposição, elaboração e utilização de protocolos específicos para os diversos procedimentos inerentes às especialidades ofertadas nos CEO. São ferramentas da maior importância para a organização do processo de trabalho clínico das equipes de saúde bucal do CEO. Como exemplos, aqui serão apresentados alguns aspectos envolvendo o Câncer de Boca e a Prótese Dentária.

Em relação ao Câncer de Boca, a realização de diagnóstico com biópsia e encaminhamento para análise anátomohistopatológica se constitui em uma ação que envolve uma série de procedimentos e intervenções clínicas que geram a necessidade de trabalho integrado com laboratórios e hospitais. É fundamental que a gestão dos CEO promova um processo de discussão destas ações para definição dos procedimentos e adoção de protocolos. Os profissionais da equipe de saúde bucal devem deliberar sobre: qual deve ser a referência para encaminhamento de peças de biópsia para realização do exame anátomohistopatológica; qual o prazo para agendamento de biópsia, contado a partir da identificação da necessidade do exame; como e onde realizar, com precisão, o registro de usuários com diagnóstico de câncer de boca. Caso haja dificuldades para o estabelecimento destes fluxos, a gestão do CEO, com a participação dos profissionais da equipe de saúde bucal, deve promover a discussão, na RAS, acerca da necessidade de se criar, fluxos definidos para a prevenção, atenção e controle dos casos de câncer de boca envolvendo os CEO.

No que se refere à Prótese Dentária, a participação dos profissionais da equipe de saúde bucal será fundamental para a definição: se há, no CEO, profissionais capacitados, espaço, equipamentos, insumos e instrumental adequados para a realização de moldagem da prótese dentária; dos tipos de prótese a serem ofertados (prótese total removível - PTR, prótese parcial removível - PPR, prótese fixa unitária - PFU ou prótese parcial provisória - PPP) e quantas sessões clínicas, em média, serão necessárias para efetivar sua entrega ao usuário; quantas próteses dentárias poderão ser entregues por mês; sobre quem vai se responsabilizar pela organização da fila de espera para o atendimento de prótese dentária.

RESULTADOS

De acordo com Donabedian (1980), “... o resultado é revelado pela qualidade do produto final do cuidado prestado, considerando os níveis alcançados de saúde, de satisfação frente a padrões e expectativas”.

Portanto, cabe à gestão do CEO, nos processos de planejamento, prever os passos de monitoramento e avaliação das ações realizadas e implantá-las, sempre tendo como referência a importância da participação de todos os profissionais da equipe de saúde bucal. Deve-se avaliar, por meio de indicadores que revelem as formas de organização do trabalho, a satisfação dos trabalhadores e os resultados alcançados em função dos problemas de saúde da população e das demandas dos usuários junto aos CEO. E buscar sempre que este processo de avaliação inclua a percepção / satisfação dos usuários.

Em relação aos resultados, há dois fatores que necessitam ser objeto de preocupação de gestores e profissionais das equipes de saúde que, embora possam ser percebidos em um CEO em geral, se referem a todas as instituições públicas de saúde: dizem respeito à forma como cada instituição organiza a gestão do trabalho e à qualidade da implicação dos profissionais com o trabalho que realizam.

Aspectos que envolvem o trabalho em uma instituição pública de saúde. De acordo com Arroyo (2003), o trabalho precisa ser percebido como um espaço de produção de saberes, tanto pela riqueza das relações e das pessoas, bem como pela diversidade de situações propiciadas por estas relações diante dos diferentes momentos e fatos.

No trabalho se produz a identidade de trabalhador. No espaço do trabalho os profissionais descobrem o direito de trabalhar bem e de ter condições dignas para tanto. Mas é também no espaço do trabalho que se encontram os direitos dos usuários. Que se referem, entre outros, ao direito à informação, ao acesso, ao respeito, a um bom tratamento, à participação. Ou ainda porque nas lutas pelo trabalho e condições de trabalho os trabalhadores se aproximam de outros movimentos sociais e compreendem a centralidade do direito na vida de todo trabalhador e de todo movimento social.

Ao se inserir em uma instituição pública de saúde, por meio da epidemiologia e do reconhecimento do território como espaço de vida da população, o trabalhador entra em contato com problemas de saúde das pessoas - e as demandas por tratamento - que lhe permitem conhecer a realidade e repensar/reconstruir a prática. Passa a conhecer a política de saúde, aprende a trabalhar em equipe, com planejamento, com indicadores e parâmetros que lhe possibilitam estabelecer metas, programar ações e avaliar resultados.

O trabalho em saúde é uma prestação de serviços complexa, uma vez que envolve muitas pessoas e muitos interesses. Sob o ponto de vista do trabalho e do trabalhador, é importante compreender que o processo de trabalho das equipes de saúde bucal deve promover uma reflexão sobre os limites, possibilidades e, sobretudo, as responsabilidades dos serviços (AB, CEO, AC) e dos sujeitos. Enquanto finalidades a serem definidas por todos os trabalhadores, de forma compartilhada, os objetivos do processo de trabalho na saúde podem ser diferentes em função dos interesses de cada profissional, o que implica a possibilidade de conflitos.

O objeto do trabalho em saúde, geralmente, encontra-se focado nos problemas e necessidades, nos indicadores de saúde da população. Por vezes, nos parâmetros a serem alcançados. Ou ainda, no próprio modelo de atenção a ser permanentemente reconstruído. Mas, como particularidade importante, o objeto do trabalho em saúde é, na maioria das situações, um sujeito que participa do processo de trabalho for-

necendo informações, executando ações. Assim como, o próprio profissional de saúde é, de algum modo, objeto do processo de trabalho, pois sua subjetividade é formada e transformada nesse processo.

Sob o ponto de vista das instituições, a organização do processo de trabalho, de uma forma geral, se sustenta por meio de ações de gestão em bases legais, com normas, portarias, protocolos e instrumentos similares. Por um lado, este processo garante uma maior segurança para a gestão e para os trabalhadores, estabelecendo, para as diferentes ações, rotinas de trabalho, com formatos e prazos muito bem definidos e pode estimular a participação e o protagonismo dos profissionais nos momentos de tomada de decisão, planejamento, programação e avaliação das ações de saúde.

Por outro lado, estas normas podem engessar o trabalho, perpetuando rotinas e comportamentos instituídos, dificultando, ou impedindo que existam, nos momentos de avaliação, a possibilidade de mudanças ou de superação do que se faz no cotidiano dos serviços de saúde porque, muitas vezes, premidos pela necessidade de produzir e atingir metas, focam a organização do trabalho nos procedimentos estabelecidos por estes instrumentos, levando ao empobrecimento do trabalho em equipe e à perda de algumas dimensões externas (políticas, sociais, culturais), cuja percepção é fundamental à organização do que se faz e aos resultados que se busca alcançar.

Há um terceiro aspecto a se considerar. É através desta normatização que são construídas as bases para que as relações entre as pessoas se dêem também a partir de códigos de comportamento e respeito que, não raro, perpetuam a ordem colocada pela hierarquia e pelos espaços/relações de poder no interior das instituições. Estes últimos se colocam como um aparato normativo silencioso, não explícito, mas compartilhado, a cada dia, como se fosse uma ordem natural dos modos de se comportar.

Desta forma, tanto quanto podem induzir à participação e ao protagonismo dos sujeitos, existe a possibilidade de que as formas de normatização do trabalho possam prejudicar o desenvolvimento de habilidades e competências dos profissionais para participar dos processos de planejamento e decisão, para definir as agendas e para reorientar a própria prática e, com isto, produzir desestímulo e alienação destes profissionais em relação ao trabalho.

Os sujeitos do trabalho dos CEO. O processo de trabalho inclui a realização de objetivos existenciais e sociais dos profissionais das equipes de saúde bucal dos CEO, ainda que estes objetivos não estejam claros para estes sujeitos. É no desenvolvimento do trabalho que há espaço para o exercício de capacidades pessoais, da manifestação ativa destes profissionais em relação ao que fazem melhor, ao que os diferencia e caracteriza individualmente. São questões ligadas à formação dos sujeitos ao longo de suas vidas, com todas as influências do que vivenciaram e apreenderam nas relações estabelecidas com a família, a escola, a religião, as agremiações que frequentam, a mídia. Cada um tem uma história, vem de uma família e de um lugar que foram fundamentais à formação de suas personalidades. São pessoas singulares, com desejos e aspirações que, certamente, vão influir na forma como vão se inserir em suas equipes e no processo de trabalho nos CEO. São as subjetividades.

Os traços individuais de ação e reação, de liderança ou submissão, de protagonismo, enfim, o que constitui a marca de cada um, e a influência destes fatores no desenvolvimento de suas performances no cotidiano do trabalho, seja na clínica, na gestão, nas relações internas e externas. Ou ainda a forma como se comportam diante de situações em que acabam se expondo (na condução de reuniões, na defesa de argumentos, nas denúncias, críticas), ou no desenvolvimento de ações em que estão em jogo suas potencialidades e expectativas. De todas estas situações emergem objetivos que podem coincidir ou não com os objetivos do trabalho proposto pela equipe ou pela instituição.

Sabe-se que o trabalho revela situações em que os objetivos da instituição podem se sobrepor aos objetivos dos profissionais e da própria equipe. Esta situação costuma ocorrer quando há a exigência de cumprimento de determinadas metas técnicas, clínicas ou políticas e pode produzir uma mudança no processo de trabalho. Quando isto ocorre, pode haver a introdução de questões com as quais é difícil de conviver, como as situações em que a exigência de produção é tão intensa que dificulta (ou impede) que outras ações sejam realizadas, podendo significar um desrespeito às regras estabelecidas e/ou quebra de protocolos, gerando ambientes tensos e um clima de competição entre os sujeitos.

Todo este emaranhado de situações, envolvendo as subjetividades dos sujeitos (objetivos e expectativas) se expressam, também, nas retribuições e recompensas (salário) atribuídas aos profissionais de acordo com a posição que ocupam na organização do trabalho. Apresentam uma relação direta com a inserção dos profissionais no processo de trabalho e, provavelmente, vão influir nos resultados obtidos no trabalho.

Portanto, conforme afirmam Faria et.al. (2009), é possível concluir que “... os objetivos dos processos de trabalho são [...] estabelecidos por subjetividades ou complexos de subjetividades em diversos níveis de estruturação, que, como tal, funcionam como agentes, em sentido amplo, nos processos de trabalho”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora signifique um dos mais expressivos avanços do SUS nos últimos dez anos, a PNSB apresenta limites e problemas que requerem estudos e avaliações que permitam melhor conhecê-los e que possibilitem encontrar estratégias adequadas para seu enfrentamento. Ao se propor avaliar os CEO, o PMAQ-CEO se constitui em uma potente proposta de avaliação da PNSB, uma vez que busca conhecer seu papel na rede de atenção à saúde bucal, bem como dá início a um processo (que se pretende permanente) de desnudamento de problemas que poderão significar importantes movimentos de superação e aperfeiçoamento do que hoje vem sendo realizado.

O primeiro ciclo do PMAQ-CEO nos revela que os CEO apresentam alguns limites em sua capacidade de enfrentamento das demandas por atenção es-

pecializada em saúde bucal. Na condição de componentes de um processo em permanente construção, os CEO apresentam fragilidades em alguns de seus diversos formatos de organização e de realização das ações, tanto nas questões relacionadas à estrutura e aos recursos humanos, quanto àquelas relativas ao processo de trabalho e os resultados alcançados.

Estas fragilidades revelam a necessidade de uma ação incisiva da gestão no sentido de seu enfrentamento e superação: uma gestão cada vez mais comprometida com o modelo de atenção proposto pela PNSB, com a efetivação da RAS, com o trabalho realizado, com a implicação dos sujeitos do trabalho e, fundamentalmente, com a melhor efetividade possível das ações de cuidado frente às demandas da população que utiliza os serviços dos CEO.

São aspectos que, certamente, requererem diferentes formatos de gestão, nos quais a busca da participação consciente e da implicação dos profissionais com o trabalho e com suas finalidades parece ser seu maior desafio.