

SUSANA ABREU DE SOUSA SANTOS

Análise da organização da demanda e grau de satisfação do profissional e usuário nas unidades de serviço público odontológico do Município de Campos dos Goytacazes.

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para obtenção de Título de Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva.

PIRACICABA

-2005-

SUSANA ABREU DE SOUSA SANTOS

Análise da organização da demanda e grau de satisfação do profissional e usuário nas unidades de serviço público odontológico do Município de Campos dos Goytacazes.

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para obtenção de Título de Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Castro Meneghim

Banca Examinadora:
Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira
Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim
Prof. Dr. Paulo César Pereira Perin

PIRACICABA

-2005

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

Bibliotecário: Marilene Girello – CRB-8ª. / 6159

Sa59a Santos, Susana Abreu de Sousa.
Análise da organização da demanda e grau de satisfação do profissional e usuário nas unidades de serviço público odontológico do Município de Campos dos Goytacazes. / Susana Abreu de Sousa Santos. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2005.

Orientador: Marcelo Castro Meneghim.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Planejamento. I. Meneghim, Marcelo Castro. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

(mg/fop)

Título em inglês: The demand organization analyse and the satisfaction of the professional and user in the public odontology service of Campos dos Goytacazes

Palavras-chave em inglês (*Keywords*): 1. Health services accessibility. 2. Planning

Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Titulação: Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora: Antonio Carlos Pereira, Marcelo de Castro Meneghim, Paulo César Pereira Perin

Data da defesa: 08/11/2005



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de MESTRADO
PROFISSIONALIZANTE, em sessão pública realizada em 08 de Novembro de 2005,
considerou a candidata SUSANA ABREU DE SOUSA SANTOS aprovada.

PROF. DR. MARCELO DE CASTRO MENEGHIM

PROF. DR. PAULO CÉSAR PEREIRA PERIN

PROF. DR. ANTONIO CARLOS PEREIRA

7594 090000

curso de
na época meu trabalho ao
meu pai José Dionysio que de algum lugar esteve
sempre me protegendo. Hoje, ao terminar a
dissertação do mestrado, sinto-me tocada de uma
profunda emoção e com fortes e permanentes
lembranças dele, dando-me uma certeza ainda
maior do que antes que sua presença se faz uma
constante ao meu lado. Ao Marcos, Mariana e
Matheus pelo sacrifício que os fiz passar com
tanta ausência. E a minha mãe Leuy de onde
herdei a perseverança.

Agradeço a Deus por ter dado-me força e coragem para enfrentar a distância e os obstáculos, realizando assim, mais essa etapa da minha vida.

Ao terminar a monografia do curso de especialização, dediquei na época meu trabalho ao meu pai José Dionysio que de algum lugar esteve sempre me protegendo. Hoje, ao terminar a dissertação do mestrado, sinto-me tocada de uma profunda emoção e com fortes e permanentes lembranças dele, dando-me uma certeza ainda maior do que antes que sua presença se faz uma constante ao meu lado. Ao Marcos, Mariana e Matheus pelo sacrifício que os fiz passar com tanta ausência. E a minha mãe Leny de onde herdei a perseverança.

AGRADECIMENTOS

Ao **Magnífico Reitor da Universidade Estadual de Campinas Prof. Dr. José Tadeu Jorge**, ao **Diretor da FOP/UNICAMP Prof. Dr. Thales Rocha de Mattos Filho**, pela possibilidade que me concedeu em galgar mais este degrau.

Ao **Prof. Dr. Pedro Luiz Rosalen**, Coordenador dos Cursos de Pós-Graduação da FOP/UNICAMP.

Ao **Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim**, meu orientador, que sempre foi paciente e solícito, porém, com bastante firmeza, procurava me mostrar o caminho mais coerente a seguir, o meu muito obrigado, pelo carinho que me conduziu para a realização desse trabalho, principalmente no período do Exame de Qualificação.

Ao **Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira** pela oportunidade de estarmos aqui, pois acreditou e lutou pelo Mestrado Profissionalizante e sempre procurou nos mostrar que não deveríamos nos sentir diferentes.

À **Prof.ª Dr.ª Gláucia Maria Bovi Ambrosano** sempre de maneira carinhosa, respondia aos e-mails e telefonemas, entendendo a distância que me angustiava. E que me foi muito importante quando participou do Exame de Qualificação.

À **Prof.ª Dr.ª Vanessa Pardi** que participou do Exame de Qualificação, pela delicadeza com que corrigiu esse trabalho, fazendo sugestões que muito me ajudaram.

À **Prof.ª Dr.ª Dagmar de Paula Queluz**, nossa companheira de dias alegres, ficará a saudade.

A todos os **professores do curso de Mestrado Profissionalizante**, que participaram durante dois anos do nosso convívio.

À **bibliotecária Marilene Girello da FOP/UNICAMP** pela ajuda nas correções das referências bibliográficas, meus sinceros agradecimentos.

A **Eliana Aparecida Mônico Nogueira e Lucilene Lins Alves**, secretárias do **Departamento de Odontologia Social**, pela grande simpatia, carinho, atenção e paciência que sempre fui tratada.

A **todos os funcionários da Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP**, sem exceção, citá-los nominalmente seria um desatino, pois correria o risco de esquecer alguém.

À amiga **Suzi**, a certeza de que nada que nos acontece é por acaso, e por esse motivo estamos juntas nesse desafio, fortalecendo ainda mais a nossa amizade.

À **Rita de Cássia Duarte**, o meu carinho, pois foi a grande incentivadora de estarmos aqui. E com seu jeito em “saber dividir” se torna uma pessoa especial.

Ao **Luiz Maurício**, embora não tenha conseguido recuperar “aquele arquivo” do dia 23/07/2005 que o faria merecedor de página inteira de dedicatória, quero deixar aqui o meu carinho e gratidão pelo esforço em fazer de tudo para me ajudar. E dizer que uma das grandes conquistas desses dois anos do curso foi ter sua amizade.

Aos **colegas de turma**, pelos bons dias em que passamos juntos.

À minha sobrinha **Carolina** que me ajudou na finalização desse trabalho, o meu carinho e admiração.

Às minhas secretárias e amigas, **Eliane e Luiza**, pelo carinho que tiveram em cuidar de tudo, enquanto estive tão ausente.

Às amigas **Marilane e Ivanilda** pela lealdade e paciência em me ouvir nos momentos mais difíceis.

Às **pessoas queridas**, que à distância torceram para que tudo desse certo, o meu carinho especial.

SUMÁRIO

RESUMO	1
ABSTRACT	2
1 INTRODUÇÃO	4
2 REVISÃO DA LITERATURA	8
2.1-Políticas Públicas de Saúde	8
2.2-Sistema Único de Saúde	10
2.2.1-Princípios Doutrinários do SUS	12
2.2.2-Princípios que Regem a Organização do SUS	15
2.2.3-Humanização do SUS	22
2.3-Organização de um Serviço de Saúde	25
2.3.1-Planejamento	26
2.3.2-Unidades Básicas de Saúde	32
3 PROPOSIÇÃO	37
4 MATERIAL E MÉTODOS	38
4.1-Aspectos Éticos Legais	38
4.2-Área de Estudo	38
4.3-Amostra	39
4.3.1-Cálculo da Amostra das Unidades	40
4.3.2-Amostra dos Dentistas	40
4.3.3-Cálculo da Amostra dos Pacientes	41
4.4-Realização do Estudo	42
4.4.1-Avaliação do Estudo	42
4.4.2-Aplicação dos Questionários	42
4.5-Forma de Análise dos Resultados	43
5 RESULTADOS	44
6 DISCUSSÃO	57
7 CONCLUSÃO	67

REFERÊNCIAS	68
ANEXOS	75

Resumo

Este estudo teve como objetivo analisar os critérios usados na organização da demanda e avaliar o grau de satisfação do usuário e profissional das unidades de serviço público odontológico do Município de Campos dos Goytacazes (RJ). O estudo foi aprovado pelo CEP-FOP-UNICAMP n° 183/03. O estudo foi transversal, e a amostra de pacientes foi calculada, de forma representar 20% das unidades de cada região, totalizando em 320 pacientes e 153 dentistas, com erro amostral de 5%, por estrato e por conglomerados respectivamente. A forma de avaliação foi realizada utilizando questionários auto-aplicativos. A análise dos resultados foi descritiva. Os principais resultados foram que 61% dos pacientes consideraram organizado o sistema de agendamento da demanda. Quanto à avaliação da satisfação dos pacientes, o estudo mostrou que 70% estão satisfeitos em relação à facilidade no acesso aos serviços, e 75% dos mesmos estão satisfeitos com a qualidade do atendimento recebido. Em relação aos dentistas, o estudo mostrou que 81% gostariam que critérios de organização no agendamento dos pacientes fossem implantados nos serviços odontológicos do município. Conclui-se que em relação à organização da demanda o serviço não está organizado; em relação à satisfação do profissional esse mostra-se insatisfeito; em relação à satisfação do usuário este mostra-se satisfeito.

ABSTRACT

The present papers aimed to analyse the used criteria in the demand organization and evaluate the satisfaction level of the clients and employees of the odontology public service unit of the city of Campos dos Goytacazes (RJ). This study was approved by CEP-FOP-UNICAMP n° 183/03. It is a transversal study and the samples of patients was calculated, in a way it could represent 20% of the units of each region, quantifying 320 patients and 153 dentists, with sample error of 5%, by stratum and by conglomerate respectively. The evaluation was made with selfexplanatory questionnaire. The data analysis of the results was descriptive. The main results were that 61 % of the patients considered organized the demand booking system. Regarding the patients satisfaction evaluation, this study showed that 70% of them are satisfied in which concerns the availability of the services, and 75% of them are satisfied with the quality of the attending received. Regarding the dentists, the study showed that 81% of them wish they had the same patients booking organization criteria in the odontology servicer of the city. To conclude, considering the demand organisation, the service is not organised; regarding the satisfaction of the professional, these one showed themselves unsatisfied; regarding the satisfaction of the users of the system, these one showed themselves satisfied.



A fila no hospital de campanha da Marinha começou cedo no último dia de atendimento

(...) O baixo atendimento na rede básica tem provocado a superlotação dos hospitais sob intervenção federal (...)

(...) A fila para o atendimento começou às 22h30 de ontem e, mesmo com sol forte, até às 10h30 de hoje havia cerca de 2.500 pessoas esperando a vez. Fuzileiros navais se posicionaram no final da fila para garantir que esta não aumentasse ainda mais, pois a previsão era de que 500 pessoas seriam atendidas (...) (Agência Brasil, 23/03/2005).

1- INTRODUÇÃO

Pacientes ou “impacientes” à espera de um atendimento. Esta é sempre a sensação que um profissional sente ao chegar à sala de espera das Unidades de Saúde. Mas o quê fazer para minimizar esta sensação?

Certamente não existe receita pronta e eficaz para a organização da demanda, e conseqüentemente reduzir as filas, o tempo de espera e originar um atendimento acolhedor.

Porém, o conhecimento do Sistema Único de Saúde por parte dos profissionais que estão ligados ao serviço e aí se inclui não só os gestores, mas todos os trabalhadores responsáveis por cada Unidade de Saúde e inclusive os usuários, pode facilitar a administração dos serviços, na medida que se trata de um sistema com princípios doutrinários e organizativos, e por este motivo a UNIVERSALIDADE, EQÜIDADE e INTEGRALIDADE devem ser respeitados.

O paciente tem que ser respeitado em seus direitos que são assegurados pela Constituição de 1988 que legitima o “(...) direito de todos sem qualquer discriminação às ações de saúde em todos os níveis, assim como, explicita que o dever de prover o pleno gozo desse direito é responsabilidade do Governo, isto é do poder público” (Ministério da Saúde-MS, 1990).

Isto significa que, a partir da nova constituição, a única condição para se ter direito de acesso aos serviços e ações de saúde é precisar deles.

Mas como programar este acesso? Quais seriam os critérios mais justos, para não deixar de fora uma demanda programada ou espontânea, não as tornando excludentes? Como planejar a oferta?

Para Pinheiro (2000), diferentemente da economia e do planejamento em saúde, deve-se evitar a divisão peculiar entre demanda e oferta, pois essa visão impede que a relação entre as duas categorias seja vista, reproduzindo-se o caráter dicotômico e até estático das mesmas.

Dessa forma, “demanda” e “oferta” são categorias que permitem apreender as dimensões: assistencial, tecnológica e política, que têm no cotidiano das instituições de saúde seus elementos constitutivos. Afinal, são essas dimensões que envolvem a formulação, a execução e a análise das políticas de saúde no campo da organização dos próprios serviços que as instituições mantêm dentro do sistema. Assim, entende-se que a demanda e a oferta são construídas a partir de uma ação social, podendo incluir tanto a objetividade quanto à subjetividade de seus atores, assim como suas falas e práticas no interior das instituições de saúde (Silva, 2003).

O texto constitucional de 1988, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), aponta sua organização de acordo com as seguintes diretrizes: “descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade”. Estas dizem respeito ao controle social sobre as ações e serviços públicos de saúde (Brasil, 1998. art 198).

Mas, de acordo com Carvalho e Santos (2002), grande parte dos cidadãos, principalmente os mais carentes de assistência, se depara com muitos obstáculos para conseguir atendimento médico-hospitalar. A garantia do acesso universal com efetividade e resolutividade permanece ainda como um grande desafio a ser enfrentado na luta pela implementação efetiva do SUS.

No nível municipal, cabe aos gestores programar, executar e avaliar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, significando que o município deva ser o primeiro e o maior responsável pelas ações de saúde para sua população.

Sendo assim, a adoção pelos Gestores do SUS (nível federal, estadual e municipal) das prioridades definidas pelas necessidades de saúde da população e, a partir delas, planejar a oferta de serviços, invertendo, dessa forma, a relação prevalente no modelo anterior ao SUS, que dependia, da assistência, de séries históricas de produção apresentada pelos prestadores de serviços, atrelados, quase exclusivamente, aos próprios interesses. O mapeamento das necessidades e prioridades de saúde da população, de acordo com as realidades e peculiaridades regionais e microrregionais, sob critérios epidemiológicos e sociais, deve transformar-se após aprovação nos respectivos Conselhos de Saúde, no grande eixo condutor da oferta de serviços, da qualidade e da resolutividade das ações de promoção, de proteção e recuperação da saúde, nos Municípios, Regiões, Estados e DF (Ministério da Saúde, 2002).

Segundo Paim (1999), as preocupações das instituições de saúde restringem-se em manter em funcionamento uma dada oferta de atendimento. É a pressão espontânea e desordenada da demanda que condiciona a organização de recursos para a oferta ou a própria oferta distorcida em relação às necessidades de saúde. São os chamados modelos assistenciais, que são centrados na “demanda espontânea” e que não são exclusivos do setor privado, e que estão presente também nos serviços públicos. Estes predominantemente curativos tendem a prejudicar o atendimento integral ao paciente e à comunidade e não se compromete com o impacto sobre o nível de saúde da população.

De acordo com Roncalli (2000), a organização de serviços a partir da livre demanda ou “demanda espontânea” é um modelo que reforça a atitude dos indivíduos que só procuram os serviços quando estão doentes.

Os modelos assistenciais alternativos, que começaram ser elaborados na década de 90, mostravam mudanças na organização e funcionamento nas instituições públicas, deixando de se preocupar exclusivamente com a oferta de serviços para os usuários que constituíam a “demanda espontânea” e atentar, fundamentalmente, para as necessidades de saúde da população. Isto significa proporcionar uma “oferta organizada” em função dos

principais agravos e grupos populacionais prioritários (crianças, idoso, mulher etc) e, conseqüentemente, uma reorientação da demanda (Paim, 1999).

Diante das propostas de organização da demanda que vêm sendo sugeridas nesses últimos 10 anos e não esquecendo do aspecto importante de humanização dos serviços de saúde, a satisfação do usuário pode estar sendo modificada positivamente em relação aos serviços oferecidos pelo setor público dos municípios que se propõe a essa reorganização.

Sabe-se que no Brasil tem-se observado a existência de poucos trabalhos na área de avaliação de qualidade, e os poucos se restringem à avaliação quantitativa na área médica, restando escassas informações sobre resolutividade e satisfação dos pacientes. Neste contexto torna-se cada vez mais necessária a busca por discussões que possam contribuir no processo da avaliação de qualidade em Odontologia, principalmente na área de saúde pública (Tengan, 2004).

Sendo assim, se faz importante a avaliação da situação que se encontra o município de Campos dos Goytacazes (RJ), analisando os critérios usados na organização da demanda e avaliar o grau de satisfação do usuário e profissional das unidades odontológicas de saúde do município.

2- REVISÃO DE LITERATURA

O processo de consolidação institucional do Sistema Único de Saúde requer uma reflexão sobre o seu significado político ideológico, na medida que representa um instrumento de melhoria das condições de vida da população brasileira, com a possibilidade histórica de vir a satisfazer as necessidades objetivamente expressas pela sociedade e não unicamente como uma “mera aspiração popular”. Falta encontrar as formas político-operacionais para a sua consolidação (Cordón, 1997).

Qualquer proposta de intervenção em saúde deve, como obrigatório, observar, apreender a realidade em cada espaço social, para poder compreender o indivíduo, o cidadão e as redes sociais que se constroem, podendo, desta forma, definir as necessidades dos cidadãos, seus problemas e os processos coletivos de transformação do modelo de vida em sociedade para conseguir a saúde bucal (Cordón, 1997).

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

O debate sobre a justiça, no âmbito da saúde pública, vem experimentando um decisivo aprofundamento nas duas últimas décadas, mormente nas sociedades latino-americanas (Cordeiro, 2001).

Já no final dos anos 70, em meio à severa crise econômica que assolava diversas nações do Hemisfério Sul, colocavam-se questões relativas à organização de um sistema de saúde capaz de atender as demandas da população nos diversos níveis de atenção, o que pressupunha uma otimização dos gastos em pleno horizonte de escassez de subsídios, concordes com uma adequada e responsável política de alocação de recursos (Kottow & Vergara 2000).

No Brasil, o sistema de assistência à saúde vigente na ocasião era marcadamente excludente, deixando de fora os menos favorecidos, habitualmente os mais ameaçados por diferentes agravos (Viana *et al.*, 2003). As discussões transcorreram de forma concomitante, mas não necessariamente combinada ao processo de abertura política,

que se iniciou após vários anos de ditadura militar (Alencar *et al.*, 1988 & Siqueira-Batista 1996), durante os quais fora vivenciado uma genuína “suspensão” dos direitos civis e políticos, ainda que com algum ganho no espaço dos direitos sociais (Magalhães, 1997).

O resultado de todo esse processo de debate foi a promulgação da Constituição Federal em 5 de outubro de 1988, e no que se refere à saúde o artigo 196 dispõe sobre o papel do Estado nos seguintes termos: “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 2000). O texto manifesta claramente princípios de universalidade e de igualdade no acesso à saúde, tendo como pressuposto inequívoco, a idéia de justiça social capaz de garantir tal direito consubstancial à sociedade. Estes fios condutores associados à integralidade da assistência e à descentralização da gestão representam em última análise, as normas fundamentais que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), um novo modelo ou paradigma, o qual tem como metas, maior equidade, viabilidade fiscal e financeira, além do aprimoramento da eficiência, da qualidade e da satisfação dos usuários (Cordeiro, 2001).

A constituição estabelece ainda que o Sistema Único de Saúde (SUS) é de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizado, com direção única em cada esfera de governo, e sob controle dos seus usuários.

Ainda que esse conjunto de idéias, direitos, deveres e estratégias não possam ser implantados automaticamente e de imediato, o que deve ser compreendido é que a implantação do SUS tem por objetivo melhorar a qualidade da atenção à saúde no País, rompendo com um passado de descompromisso social e a velha irracionalidade técnico-administrativo, e é a imagem ideal que norteará o trabalho do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais (Brasília, 1990).

É necessário que se entenda a lógica do SUS, como deve ser planejado e funcionar para cumprir o compromisso de assegurar a todos, indiscriminadamente, serviços de saúde de forma equânime, adequada e progressiva (Brasília, 1990).

Na construção da democracia brasileira, a política tem contribuído muito para melhorar a saúde bucal dos brasileiros: descentralizando e , portanto, dividindo poderes e criando espaços para a divergência e para o questionamento ou consolidação de decisões. Neste sentido a criação do SUS, resultante de um processo político, tem enorme significado para saúde bucal dos brasileiros e para a organização social da prática odontológica no país (Narvai, 1992).

2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Segundo Narvai (1992), o sistema de saúde brasileiro vem sofrendo rápidas e profundas transformações. Nos anos 80, surgiram o Plano CONASP, o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), e os convênios para a estruturação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estado (SUDS), tendo ocorrido ainda a Oitava Conferência Nacional de Saúde (1986), e a criação pelos constituintes de 1988 do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entende-se que esse processo sintetizou e expressou as propostas políticas de vários segmentos da sociedade brasileira no que toca a questão da saúde-doença no país. A possibilidade de maior participação dos poderes locais nas decisões sobre saúde é provavelmente a característica mais marcante desse período. *Descentralização* é o termo que traduz essa característica disse Narvai (1992).

O Sistema Único de Saúde é a formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecidas pela Constituição de 1988. O Sistema Único de Saúde (SUS) não é o sucessor do INAMPS e nem tão pouco do SUDS. O SUS é o novo sistema de saúde que está em construção (Brasília, 1990).

A Constituição da República, promulgada em outubro de 1988, reconhece, no Art. 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

De acordo com Narvai (1992), por entender que a “saúde é direito de todos e dever do Estado (...)” a Constituição caracterizou (Art.197) como sendo “de relevância pública as ações de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”.

No Art. 198 a Constituição estabelece que “as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com princípios e diretrizes”.

O Sistema Único segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo federal, estadual e municipal. Assim, o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um Sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema referem-se ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasília, 1990).

É preciso compreender bem a idéia de unicidade, num país com tamanha diversidade cultural, econômica e social como o Brasil, pensar em organizar um sistema sem levar em conta estas diferenças seria uma temeridade. O que é definido como único na Constituição é um conjunto de elementos doutrinários e de organização do sistema de saúde, o princípio da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular. Estes elementos se relacionam com as peculiaridades e determinações locais, por meio de formas previstas de aproximação da gerência aos

cidadãos, seja com a descentralização político-administrativa, seja por meio do controle social do sistema (Cunha, 2001).

2.2.1 PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SUS

UNIVERSALIDADE: É a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público.

EQÜIDADE: É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras.

INTEGRALIDADE: É o reconhecimento na prática dos serviços, é lembrar que: “O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover e recuperar sua saúde”.

Universalidade, Eqüidade e Integralidade

Existe uma práxis social, orgânica à construção de um modelo de saúde caracterizado pela universalidade, a eqüidade e a integralidade da atenção em saúde bucal, cujos agentes, formados com orientação ecológica, utilizam o método científico para conhecer estruturalmente as características epidemiológicas em que se dão os processos da saúde-doença bucal (Cordón, 1997).

Que isto o fazem através de uma abordagem, mediação e intervenção social democrática e participante, que define as políticas de saúde bucal como fazeres concretos, para resolver os problemas de saúde-doença bucal integralmente, e integrados a um

conjunto de problemas gerais que caracterizam as dificuldades de um espaço social determinado para desenvolver-se plenamente. (Cordón, 1997).

Isto significa também que a prática odontológica se organiza de tal forma que, consciente e agindo politicamente e estrategicamente, consegue transferir, aplicar e gerir de forma co-responsável, os conhecimentos científicos e tecnológicos acumulados, os que somados ao saber popular, permitem realizar ações, objetivas e subjetivas, para resolver os problemas encontrados (Cordón, 1997).

O conceito de integralidade é um dos pilares a sustentar a criação do Sistema Único de Saúde. Princípio consagrado pela Constituição de 1988, seu cumprimento pode contribuir muito para garantir a qualidade da atenção à saúde.

Em primeiro lugar prevê-se nesse conceito que, de forma articulada, sejam ofertadas ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação – segundo a dinâmica do processo saúde-doença. É importante ressaltar que os diferentes momentos da evolução da doença e as respectivas medidas a serem tomadas seguem o modelo da história natural da doença, teoria consagrada por White na década de 1960. Segundo essa teoria, o estágio em que se encontra determinado agravo à saúde está diretamente referido a níveis de intervenção, segundo conhecimentos e tecnologias disponíveis para atuação em âmbitos individuais e coletivos. Estes precisam estar articulados e integrados em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde (Campos, 2003).

Quando se considera a abrangência do conceito de integralidade, tal como descrito anteriormente, pode parecer uma contradição à definição transcrita no texto constitucional: atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (Brasil, 1988).

Segundo Barros (1996), em sociedades desiguais, soluções baseadas na seletividade, focalização e privatização significarão, necessariamente, a reprodução de

desigualdade e o aprofundamento da segmentação social, no sentido de que consagrarão critérios meriocráticos para o acesso às condições de exercício dos direitos sociais.

O pressuposto de que as regras de mercado se aplicam ao sistema de Saúde desconsidera a especificidade da “mercadoria” saúde: apenas excepcionalmente existe a possibilidade de escolha sobre o momento de consumir esse serviço; mais excepcional ainda é a possibilidade de que o usuário conheça o tipo de serviço que precisa consumir, estará sempre à mercê da autoridade do médico para determinar quanto e o que deve consumir. Não existe “autonomia” ou “soberania” do “consumidor” na escolha do produto e de suas quantidades, não existe a possibilidade de postergar o consumo. O que pode é julgar a resolutividade e alguns aspectos da qualidade do atendimento (Barros, 1996).

A equidade é um dos princípios fundamentais norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Na legislação fala-se em “igualdade de assistência” (item VII, art.7º da lei 8.080), como sinônimo de equidade. No entanto, a conformação de um sistema equânime pode se modificar muito, dependendo da definição adotada para o termo. O grau de equidade de um sistema de saúde é também determinado por vários fatores; entre os mais importantes, a forma de distribuição de recursos financeiros. É necessário considerar, ainda, a proximidade ou distância entre a “letra da lei” e as condições reais de saúde da população. Nesse sentido, para declarar equidade como um princípio norteador do SUS, é fundamental saber até que ponto a legislação e as normas que o conformam propiciam melhorias nessas condições (Duarte, 2000).

A construção da equidade na área de saúde consiste basicamente, em investir na oferta de serviços para grupo populacionais com acesso e utilização insuficientes, entre outros mecanismos, sem reprimir a demanda de serviços necessários a segmentos e grupos que já têm o acesso garantido (Brasília, 2002).

2.2.2 PRINCÍPIOS QUE REGEM A ORGANIZAÇÃO DO SUS

REGIONALIZAÇÃO e HIERARQUIZAÇÃO: Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade.

RESOLUBILIDADE: É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

DESCENTRALIZAÇÃO: É entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que abrange um estado é de responsabilidade do governo estadual e o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com o nítido reforço do poder municipal sobre a saúde. É o que se chama municipalização da saúde.

PARTICIPAÇÃO POPULAR: É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas públicas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local.

TERRITORIALIZAÇÃO: Trabalha com território de abrangência definido.

CO-GESTÃO: É a concepção que todo sujeito opera segundo coeficientes de autonomia ou de liberdade. É um instrumento poderoso para construir eficácia e eficiência,

bem como uma diretriz ética-política fundamental. A gestão é um modo de racionalizar os meios para atingir um fim (função administrativa clássica), mas é também uma forma de democratizar o poder (controlar o estado e o governo, ou os excessos dos distintos corporativismos), bem como motivar e educar os trabalhadores.

Descentralização e Regionalização

Este país é federativo, grande, complexo e desigual e sua forma muito especial de descentralização política, é que qualifica a discussão que se faz sobre o dilema microeconômico do sistema de serviços de saúde, da municipalização autárquica ou microrregionalização cooperativa (Vilaça, 2001).

Segundo Juliano & Assis (2004), o fato de o país ser grande, já justifica a adoção da descentralização como viabilizadora das políticas públicas, por apresentar características muito complexas e desiguais que se manifestam nas diferenças socioeconômicas, culturais, demográficas e sanitárias entre suas diferentes regiões. Até mesmo porque o federalismo se apresenta no Brasil como uma instituição que atenua as diferenças e disparidades inter e intra-regionais, conformando um sistema federativo contraditório que constrange o nível central e reordena o papel dos governos estaduais e municipais na provisão dos serviços sociais, gerando uma diversidade de demandas e respostas aos problemas nacionais.

O conceito de descentralização ganhou força nos países do primeiro mundo, como parte de uma estratégia de resposta à crise dos Estados de Bem Estar Social, que se caracterizou com a organização e produção de bens e serviços coletivos ou privados, regulados pelo Estado. Dessa forma, estabeleceram-se novos padrões de Estado e sociedade, onde os Estados intervêm nas relações sociais, para regular as atividades econômicas, ao mesmo tempo em que garantem alguns direitos sociais dos cidadãos. Esse Estado, constituído no pós-guerra, devido ao caráter intervencionista, desenvolveu grandes e centralizados aparelhos burocráticos e, no início dos anos 70, começou a dar sinais de esgotamento (Vilaça, 2001).

De acordo com Gawryszewski (1993), realizar a descentralização dos serviços de saúde sem, concomitantemente, aumentar a capacidade de decisão local (autonomia) e o controle (participação), não representa uma real distribuição de poder. A identificação das possíveis determinações e limites de uma descentralização dos serviços inseparável de uma maior autonomia local e de um maior grau de participação é uma tarefa necessária. Surgem, assim, algumas hipóteses que estão relacionadas às três categorias apresentadas acima: o processo de descentralização só pode ocorrer quando o Estado tem características descentralizadoras; a autonomia local é uma das condições básicas no processo de democratização da sociedade; e, finalmente, a participação do cidadão deve atuar como principal interface entre o processo de descentralização e o de autonomia local.

A descentralização além de servir como instrumento de racionalização, é também, forma de democratização do Estado e de construção de cidadania. Não é um movimento discreto, mas um processo social cujo ritmo e conteúdo são estabelecidos pelas determinações políticas das realidades nacionais. Enquanto processo, não é compatível com tempos político muito curto nem pode ser implementado de maneira uniforme. Por isso mesmo, a descentralização deve ser orientada por um conjunto de princípios: a flexibilidade, o gradualismo, a progressividade, a transparência no processo de tomada de decisões e o controle público (Vilaça, 2001).

As respostas às pressões por maior participação dos municípios na área social, assim como a alta heterogeneidade entre eles propiciou a formação de modelos singulares de saúde, tanto regionais como locais, e suas configurações dependem de variáveis como: formas anteriores de gestão e organização dos serviços; arranjos políticos e as formas de expressão dos interesses no plano regional; tipo de relacionamento estabelecido entre as esferas de poder Executivo, Legislativo e Judiciário; grau de associativismo e de capital social criado e desenvolvido; perfis de financiamento e gasto local em saúde. São a qualidade e a natureza desses perfis de atuação, ou ainda, as características do poder municipal que melhor respondem pelo desempenho da implantação de determinadas políticas setoriais (Viana, Heimann, Lima *et al.*, 2002).

A descentralização dos sistemas de serviços de saúde constitui uma tendência inequívoca no cenário internacional como contraposição aos modelos centralizados. Mas, por vezes, ela é para uns, uma panacéia que resolve tudo e para outros, uma alternativa catastrófica. Deve-se considerar um processo social. Na prática apresentará sempre fortalezas e debilidades (Vilaça, 2001).

Hierarquização

Segundo Cunha (2000), a regionalização e a hierarquização são um processo importante de articulação entre os serviços já existentes, buscando o comando unificado dos mesmos. A hierarquização deve, além de proceder à divisão de níveis de atenção, garantir formas de acesso a serviços que componha toda a complexidade requerida para o caso, no limite dos recursos disponíveis numa dada região. Deve ainda incorporar-se à rotina do acompanhamento dos serviços, com fluxos de encaminhamento (referência) e de retorno de informações ao nível básico do serviço (contra-referência). Estes caminhos somam a integralidade da atenção com o controle e a racionalidade dos gastos no sistema.

Territorialização

A vigilância da saúde tem no princípio de territorialidade sua principal premissa. O trabalho em saúde deve estar imerso no contexto territorial. Assim consegue-se definir problemas, e um conjunto de prioridades, bem como obter os recursos para atender às necessidades de saúde da comunidade considerando cada situação específica. O território é entendido como o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de habitação, de acesso à educação e o seu saber pré-existente, como parte do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, de família, de sociedade. Além de mudanças teóricas e metodológicas que permitem a ampliação de tecnologias para fazer frente aos problemas de saúde, a vigilância da saúde propõe que os agentes sociais sejam os responsáveis pelo processo de definição de problemas e pelo encaminhamento das soluções. O indivíduo é o objetivo final da vigilância da saúde, mas deve ser considerado parte da família, da comunidade, do sistema

social, do ambiente. Qualquer ação de saúde que se pretenda realizar deverá incidir sobre este conjunto. É preciso compreender que melhorar a qualidade de vida, promovendo a saúde de um indivíduo implica, agir no contexto em que ele se insere, no espaço em que ele vive (Campos, 2003).

Participação social

O controle social em saúde, no Brasil, vem adquirindo denominações diferenciadas ao longo de sua história. Do início do século XX até meados dos anos 1960, predominava no país o modelo assistencial pautado no “sanitarismo campanhista”, o qual procurava explicar os problemas de saúde por meio da relação linear entre agente e hospedeiro (Mendes, 1996).

Na década de 1960, os institutos são unificados com a criação do Instituto nacional de Previdência Social (INPS) e finalmente a assistência médica passa a ser de responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), criado em 1947 (Oliveira *et al.*, 1986).

Em 1964, com o golpe militar, esvazia-se a participação do trabalhador no sistema. O Estado assume a direção do INPS em 1966, e os empregados e empregadores perdem o direito de gerir e definir as políticas previdenciárias e de saúde (Oliveira *et al.*, 1986).

O Controle Social é assegurado na Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, reconhecendo a participação da comunidade na gestão do SUS, mediante a criação de conferências e de Conselhos de Saúde. As Conferências possuem o papel preponderante de avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação das políticas de saúde (Assis, 2003).

Co-Gestão

A Co-Gestão é uma diretriz importante para a reformulação da racionalidade gerencial hegemônica. Refere-se à invenção de outra maneira para se operar com a polaridade, controle institucional e autonomia do Sujeito. O Método da Roda propõe a construção de arranjos voltados centralmente para ampliar a capacidade de direção dos trabalhadores. De certa forma, inventar um sistema de gestão participativa, um sistema de co-gestão em que coubessem vários tipos de arranjos institucionais, ou várias modalidades de espaços coletivos, ou seja, várias rodas de análise de co-gestão. Isso tanto em instituições, como em organizações, quanto em movimentos sociais. O Espaço Coletivo é um conceito, um arranjo organizacional montado para estimular a produção / construção de Sujeitos e de Coletivos Organizados. Refere-se, portanto, a espaços concretos (de lugar e tempo) destinados à comunicação (escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade), à elaboração (análise da escuta e das informações) e a tomada de decisão (prioridades, projetos e contratos), que podem tomar a forma de Equipes de Trabalho, Conselhos de Co-gestão, Assembléias, Colegiados de Gestão, Reuniões e Unidades de Produção. Então uma das tarefas da Co-Gestão seria a construção das Rodas, dos espaços de co-gestão, sem o qual se abarrotaria a agenda dos Conselhos e Colegiados: grande parte da discussão e tomada de decisão deve ocorrer no dia a dia, durante o próprio transcurso do trabalho, reservando-se para as instâncias coletivas, temas e questões de maior relevância. No cotidiano, há que instituir encontros entre diretores e trabalhadores, trabalhadores e trabalhadores, equipe e usuários, diretores e usuários, de modo que estes encontros se constituam em espaços de análise, tomada de decisão e implementação de tarefas. Para que o sistema de co-gestão funcione é fundamental que no espaço de governabilidade de cada um, sejam tomadas as decisões, e que apenas o contraditório, ou o novo, ou os desconhecidos sejam levados para as instâncias coletivas (Gastão, 2000).

Para a gestão da educação permanente em saúde, propõe-se a criação de instâncias de articulação entre instituições formadoras, gestores do SUS, serviços (principalmente serviços que se instituíram como serviços-escola), instâncias do controle

social e representações estudantis, a funcionar como *rodas de co-gestão*. Essas instâncias de articulação serão espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação (como nas mesas de negociação) entre as ações e serviços do SUS e as instituições formadoras; serão o *locus* (como nos comitês, conselhos e grupos de trabalho) para a identificação de necessidades e a construção de estratégias e políticas no campo da formação e desenvolvimento - sempre na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no Sistema. Serão *dispositivos* do Sistema Único de Saúde para a mudança nas práticas de saúde e mudança nas práticas de formação em saúde como grupos de debate e construção coletiva (*Rodas para a Gestão da Educação Permanente em Saúde*). São atores fundamentais dessa articulação os gestores municipais e estaduais do SUS, as instituições de ensino (universidades, centros universitários, faculdades, escolas técnicas, seja em suas áreas clínicas básicas ou especializadas, seja em saúde coletiva, saúde da família ou de saúde preventiva e social), os centros formadores do SUS (estaduais ou municipais - Escolas Técnicas ou de Saúde Pública), os estudantes das profissões de saúde, os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, bem como os movimentos ligados à gestão social das políticas públicas de saúde. A introdução da educação em serviço como política pública afirma a perspectiva da construção de espaços locais, microrregionais e regionais (Gastão, 2000).

Portanto os Conselhos municipais de saúde passaram a ser elemento-chave no contexto da descentralização da saúde, na medida em que os governos municipais têm ampliado seu papel no sistema, colocando sob âmbito do município e, portanto, ao alcance do conselho e ao comando do sistema naquele nível de governo. Tornam-se assim relevantes, uma vez que os mesmos são visualizados como institucionalizados e definido em lei para o exercício do controle social, podendo constituir-se, ou não, em canal para confrontos das relações de força, concepções e interesses políticos em nível local (Monnerat *et al.*, 2002).

Ainda de acordo com Monnerat *et al.*, 2002, constata-se que a construção desse novo lugar de fazer política esbarra com frequência em atores e interesses tradicionais de cenário local, tais como as intermediações executivo/legislativo, bem como a atuação dos

conselhos municipais de saúde espelha e é limitada pelas formas de representação de diversos interesses e de como esses mesmos interesses se articulam no plano local.

2.2.3 HUMANIZAÇÃO DO SUS

Embora constitua o alicerce de um amplo conjunto de iniciativas, o conceito de “humanização da assistência” ainda carece de uma definição mais clara, conformando-se mais como uma diretriz de trabalho, um movimento de parcela dos profissionais e gestores, do que um aporte teórico-prático. O que designa humanizar? Subentende-se que a prática em saúde era (des) humanizada ou não era feita por e para humanos? Tais provocações não raro ainda são feitas, revelando o estranhamento que o conceito propicia. Geralmente emprega-se a noção de “humanização” para a forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e inter equipes. Como ainda não são consensuais os contornos teóricos e mesmo operacionais do que se convencionou designar como humanização, sua abrangência e aplicabilidade não estão inteiramente demarcadas. Considerando a organização e estrutura física das instituições de saúde da rede pública, a formação biomédica, as relações de trabalho e sua lógica de produção, haveria espaço para mudanças estruturais e para a implementação de novos conceitos e práticas, voltados para a humanização da assistência? Se considerarmos positivamente, esse movimento pode ganhar contornos de uma nova “práxis” para a assistência. Então podemos dizer que aí se constitui um novo campo de possibilidades: tanto para o aumento da qualidade da assistência quanto para uma nova ordem de relacionamento, pautada no diálogo. Ponderamos, portanto, que a fundamentação, teórico-prática neste campo, necessita ainda, de exploração e investimento. A filosofia da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS é ampliar os serviços e melhorar a qualidade do atendimento, proporcionando o acesso do usuário a profissionais capacitados e aos medicamentos. Esses são objetivos que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Porém a eficiência não basta se esse atendimento não for humanizado. O cidadão precisa sentir-se acolhido e não apenas tratado como um número em uma fila impessoal (Benevides, 2004).

Construída a partir de amplo debate entre os diversos órgãos do Ministério da Saúde e representantes estaduais e municipais de saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH) é um conjunto de diretrizes e propostas no campo da humanização na atenção e na gestão da saúde. Uma das premissas da nova política é proporcionar atendimento integral ao usuário. “A Humaniza SUS é uma política transversal, pois envolve os diversos programas e áreas do SUS”. A filosofia da Política Nacional de Humanização é deixar o usuário o mais próximo possível do sistema de saúde. Segundo a política, todo paciente tem direito de saber quem são os profissionais que o atendem. “Esse é o princípio da responsabilização. Cria-se mais vínculo do usuário com o profissional de saúde” (Benevides, 2004).

Uma meta importante da política é a redução das filas. Nessa ótica, a prioridade do atendimento se dará de acordo com a urgência do caso, e não por uma ordem cartesiana de chegada. “Queremos estabelecer protocolos de atendimento, que identifiquem que pacientes têm mais necessidade de receber os cuidados médicos”. “O usuário que está na fila precisa de uma resposta rápida sobre quando será atendido” (Benevides, 2004).

Para reduzir de fato, a fila num hospital é necessário melhorar a rede básica e criar protocolos de avaliação de risco de todos que entram. Para isso, tem que existir equipe multiprofissional. E isso altera inteiramente o processo de trabalho. Portanto, atualmente, a humanização é identificada também pela defesa de uma articulação indissociável entre atenção e gestão e de valores como a democratização das relações de trabalho (Benevides, 2004).

Na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos (Ministério da Saúde, 2000).

Assim, resgatar a humanidade do atendimento, numa primeira aproximação, é ir contra a violência, já que esta representa a antítese do diálogo, a negação do “outro” em sua

humanidade. Neste primeiro eixo discursivo podemos destacar a humanização como oposição à violência, seja física e psicológica que se expressa nos “maus-tratos”, seja simbólica, que se apresenta pela dor de não ter a “compreensão de suas demandas e suas expectativas” (Deslandes, 2004).

Quanto à violência simbólica do “não reconhecimento” das necessidades emocionais e culturais dos usuários (e da imposição de certos valores morais e comportamentais), seu exercício perpassa a própria historicidade dessa organização. Como vários autores têm demonstrado, o hospital moderno teve como marca histórica de sua constituição organizacional impor aos “pacientes” o isolamento, a despersonalização e a submissão disciplinar de seus corpos (e subjetividades) a procedimentos e decisões que sequer compreendem. Em outras palavras, essa forma de tratar o “doente”, que em nome da “rigorosa prática científica” aparta-o de seu convívio familiar e social e não lhe reconhece discernimento ou competência para tomada de decisões, constituiu, por muito tempo, a tônica da cultura organizacional hospitalar (Foucault 1977, citado por Deslandes, 2004).

O respeito ao *outro* como um ser autônomo e digno é visto, portanto, como condição *sine qua non* a um processo de humanização (Ministério da Saúde, 2000). E essa afirmativa pressupõe logicamente conhecer quem é esse “outro”, suas expectativas, suas representações e práticas.

Um aspecto fundamental diz respeito às condições estruturais de trabalho de profissional de saúde, quase sempre mal remunerado, muitas das vezes pouco incentivado e sujeito a uma carga considerável de trabalho. Humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência. Positivamente, as idéias de humanização como antítese da violência e da incomunicabilidade reforçam a posição estratégica das ações centradas na ética, no diálogo e na negociação dos sentidos e rumo da produção de cuidados em saúde (Deslandes, 2004).

2.3 ORGANIZAÇÃO DE UM SERVIÇO DE SAÚDE

“Manter uma organização viva, dinâmica, cônica de suas responsabilidades e papéis sociais, no ambiente onde prevalecem os elevados interesses de uma comunidade (até de uma nação), requer a permanência de mecanismos de planejamento e de gestão ágeis, criativos, flexíveis, dos quais emanem propostas seguras, de fácil aceitação e segura aplicação”. Nas organizações manifestam-se as lutas pelo poder veladas ou ostensivas, decididas algumas vezes por usurpação ou outorga, em nome dos processos democráticos. Os escolhidos independentemente de sua formação e do meio, assumem autoridade a ser exercida através e para grupos favorecidos, que renunciam da gestão para todos e com todos. Por negligência ou desinformação, esses gestores repelem parte maior ou menor do corpo funcional, daí resultando insatisfação, sub-utilização, falta de aderência aos compromissos institucionais e baixa produtividade. São conseqüências de uma chefia incompetente (Cynamon & Sayeg, 1991).

Segundo Kliksberg (1988), citado por Cynamon & Sayeg (1991), na prática das organizações, existe a confluência de, no mínimo, três tipos de grupos, que são identificáveis e procura moldar a organização segundo sua própria fisionomia:

- Os intraburocráticos de pressão, que se coligam em torno de diferentes interesses setoriais e procuram fazer com que a organização avance na direção mais conveniente para eles;
- Os externos à organização, que exercem pressões para que ela se oriente para seus objetivos;
- A clientela, os beneficiários legítimos dos serviços de organização.

2.3.1 PLANEJAMENTO

Matus (1991), cria um esquema para sintetizar a situação de um governante perante a realidade. O esquema denominado de “*triângulo de governo*” caracterizado por um triângulo, onde cada vértice representa uma variável.

As três variáveis, os vértices do triângulo (B, β e α), dão forma ao sistema, onde B representa o (Projeto de governo), β representa a (Governabilidade) e α a (Capacidade de governo).

Então, segundo Matus (1991), a baixa capacidade de governo afeta a governabilidade, qualidade da proposta e a gestão do governo. As exigências do projeto de governo põem em prova a capacidade de governo e governabilidade do sistema. A governabilidade do sistema, por fim, impõe limites ao projeto de governo e faz exigências à capacidade de governo.

A planificação situacional, em síntese, nos diz que nunca se governa com total governabilidade do sistema e total capacidade de governo. Deve haver um equilíbrio dinâmico entre B, β e α (Matus, 1991).

Essas limitações impõem abandonar o delineamento determinístico sobre o futuro e adotar formas de delineamento mais flexíveis. Devemos então revisar radicalmente a forma de delinear planos num mundo infestado de incertezas (Matus, 1991).

Segundo Artmann *et al.* (1997), a capacidade de governo, conceituada por Matus (1993), constituiu-se num dos vértices de seu Triângulo de Governo e se expressa, em nível organizacional, no conjunto de recursos cognitivos, tecnológicos, nas experiências das equipes e dos dirigentes, nos sistemas e métodos disponíveis. Os três vértices se condicionam mutuamente. Assim, por exemplo, quanto maior a capacidade de governo maior a governabilidade sobre o sistema e maior a possibilidade de implementação do projeto de governo. Nessa perspectiva, destaca-se em particular a importância de sensibilizar e capacitar os profissionais ligados à assistência, especialmente aqueles que

exercem funções gerenciais, considerando-se que nos serviços de saúde depende-se, em grande medida, desses profissionais para a obtenção de bons resultados.

Teoria macroorganizacional de Matus

- A direcionalidade, que corresponde à missão, às funções de uma organização.
- A departamentalização, que equivale à transformação da direcionalidade em formas organizativas específicas, constituídas por sistemas de produção terminal e intermediária que se relacionam em determinada rede, com mecanismos de coordenação e de comunicação definidos.
- A governabilidade, que expressa a distribuição do poder administrativo (recursos críticos necessários ao exercício das funções atribuídas às unidades de produção) e das competências dos vários níveis organizativos.
- A responsabilidade, que explicita a forma como são atribuídos as responsabilidades, e o modo como as mesmas são cobradas.

Tudo indica que a existência de uma forte vinculação entre as primeiras regras (sugerindo uma inseparabilidade) leva Matus a limitar-se a trabalhar conclusivamente com as regras de direcionalidade, governabilidade e de responsabilidade. Estas regras traduziriam em determinados sistemas ou acumulações organizativos. A direcionalidade se expressaria no sistema de agenda e nas estruturas organizativas. A governabilidade o faria através do sistema de competências internas, dos sistemas de coordenação e de informação/comunicação, das instâncias de governo em cada nível, das metodologias e formas de gestão, enfim de tudo que Matus engloba nos sistemas de gerência. A responsabilidade encarnaria no sistema de petição e prestação de contas e na cultura organizativa que lhe é pertinente (Matus 1994).

As organizações de saúde são identificadas em sua tipologia como organizações profissionais, caracterizada por sua grande dependência dos profissionais responsáveis pela execução das atividades finalísticas da organização. Estas atividades, devido a sua complexidade, são executadas e controladas diretamente por esses profissionais, especialistas com alto nível de qualificação, que requerem autonomia para o desenvolvimento de seu trabalho (Artmann *et al.*, 1997).

Planejamento Estratégico Situacional (PES) e Planejamento Orientado por Objetivos

De acordo com Cecilio (1997), existem duas condições mais importantes para o sucesso de um plano: a clareza e o rigor com que é elaborado e a competência da sua gestão. E existem várias tecnologias de planejamento estratégico, o Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus e o Planejamento Orientado por Objetivos (ZOOP sigla alemã “Zielorientierte Projektplanung” – Planificação de Projetos Orientada a Objetivos). O Método de Planejamento de Projeto Orientado por Objetivos (ZOPP) foi desenvolvido no início dos anos 80 pela Sociedade Alemã de Cooperação Técnica (GTZ) e se configura hoje em dia em um instrumento de planejamento amplamente difundido.

O método é composto por uma seqüência modular de passos que conduz o grupo de um conjunto difuso de idéias amplas e genéricas a uma concepção detalhada de um projeto/programa a ser realizado em conjunto. O processo de planejamento pelo Método ZOPP pode ser conduzido ao longo de semanas ou meses com o grupo, permitindo uma precisão e coerência cada vez maior, e deve levar a dois produtos básicos: de um lado um processo de consenso grupal, de outro lado a um Marco Lógico preenchido conjuntamente.

A primeira etapa do processo consiste na análise das pessoas, grupos e organizações envolvidas com a situação, bem como a sistematização dos problemas

existentes do ponto de vista do grupo. Na segunda etapa o grupo analisa os possíveis objetivos para uma situação futura, e na terceira etapa define a estratégia a ser seguida. Concluído este processo de tomada de decisão e definição de parâmetros, o grupo passa para o planejamento mais detalhado do projeto.

Cecílio (1997), apresentou uma discussão de operar uma tecnologia mais “light” de planejamento estratégico que é um “híbrido” das tecnologias já mencionadas. A tecnologia resultante acaba ficando sem nome próprio, sendo às vezes chamada de “PES modificado” ou de “ZOPP enriquecido com PES”. Do primeiro incorpora elementos que falam da complexidade dos sistemas sociais, da incerteza e de condições de pouca governabilidade de quem faz o plano, mas principalmente a idéia de que é possível “criar” governabilidade. Do segundo, incorpora uma certa simplificação metodológica.

O método (PES), tradução operacional de uma metodologia muito sofisticada de planejamento, é de difícil operacionalização, devido ao grande número de etapas e planilhas de que se utiliza, que afinal redundam em uma quase “normatização do político.” Já o ZOPP é pouco potente para a situação de baixa governabilidade, na medida que sua lógica é construída a partir do pressuposto de que o ator que planeja já tem o controle de todos os recursos necessários para o sucesso do plano (Cecílio, 1997).

A definição do ator que planeja

Por mais que o cargo do secretário seja um cargo de confiança é importante ter claro quem está “assinando” o plano. Há uma diferença muito grande entre o ator ser o prefeito ou ser um secretário por mais que esse cargo seja da confiança do prefeito. É que nunca há uma transferência automática de recursos de um ator para outro. O ator prefeito controla recursos, muito embora boa parte deles fique sob o controle de outros atores sob seu comando; como por exemplo, os recursos financeiros controlados pelo secretário das Finanças, com isso, extrapola e muito, o campo da governabilidade.

Segundo Cecílio, 1997, é importante a formulação bem clara da missão da organização como forma de dar centralidade para o cliente/usuário no momento de elaboração do plano. Isto pode parecer óbvio, mas da forma que planos são construídos a partir de problemas, muitas vezes o grupo tem tendência de se “distrair” em problemas-meio, perdendo de vista a função social da organização. Poderia então, trabalhar com a missão de um grupo-tarefa, também construída com a mesma lógica.

O sucesso do plano, ou ao menos a possibilidade de que ele seja implementado, depende de como será feita sua gestão. A gestão de um plano significa, centralmente, a criação de um “sistema de alta responsabilidade” de acordo com Matus (1993).

Em sistema de gestão, entre outras coisas, as pessoas assumem, diante de um superior hierárquico ou diante de um coletivo, compromissos de executar, dentro de determinado tempo, tarefas específicas. Prestam-se contas regularmente, do andamento das operações que compõem o plano. Prestar contas não é apenas dizer “fiz” ou “deixei de fazer”. É analisar “por que” não foi possível fazer, reavaliando a adequação da operação proposta. Prestar contas é também conseguir avaliar, de forma sistemática, o impacto das operações sobre os problemas que estão sendo enfrentados (Cecílio, 1997).

A maioria das organizações trabalha com sistemas de direção que poderiam ser chamados de “baixíssima responsabilidade”, ou seja, não há tradição das pessoas trabalharem com a declaração de compromissos diante de determinadas tarefas e, muito menos, nenhuma cobrança efetiva sobre possíveis compromissos assumidos. Geralmente as agendas da direção superior, assim como as das gerências intermediárias, vivem lotadas com problemas emergenciais, que aparentemente não podem ser “deixados para depois”, de modo nunca sobra tempo para “trabalhar com planejamento” (Cecilio, 1997).

Uma Proposta de Planejamento

Numa visão lógica, é fato que, os autores das propostas tecnológicas de planejamento em geral, tiveram a preocupação simultaneamente com solução e obstáculos

para enfrentar os dilemas meios-fins e o controle-subjetivação. Considera-se que a complexidade da tarefa de planejar instituições de saúde exige que esses dilemas sejam enfrentados. Dificilmente, porém, um método ou teoria, sozinho, poderia dar conta de tamanho recado (Campos, 2000).

Onocko (1998), pensou em uma estratégia de mudar a idéia do Planejamento como corpo tecnológico (representado por métodos prontos e acabados) e caracteriza-lo como modulador de incorporação tecnológica a fim de que pudesse subsidiar e incorporar outras ferramentas e técnicas para constituir roteiros próprios para determinadas situações. Essas situações compreenderiam: momentos dos grupos, momentos da organização, pontos críticos do projeto (seja como vulnerabilidade ou desafio institucional).

Pensar criticamente exige certa capacidade analítica para apreender o sentido social, histórico e humano de nossas práticas. E jogar com essa capacidade exclui a submissão a receitas prontas (Onocko 1998)

2.3.2 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS)

É a unidade fundamental do SUS, não se pode pensar o sistema de saúde sem levar em conta a UBS. É preciso considerar também que são milhares em todo Brasil. Mesmo municípios com pequeno número de habitantes apresentam, muitas vezes, várias UBS no seu território. A rede básica de saúde é formada pelo conjunto das UBS, encarregada por sua vez da chamada *atenção primária à saúde*, o que significa atenção primeira e não atenção de baixa qualidade para problemas simples como muitas vezes é confundida (Narvai, 1992).

O SUS se organiza em cada região ou município, segundo as características da realidade de cada um desses locais. Os distritos de saúde (DS) ou sistemas locais de saúde (SILOS) são estruturados em três diferentes níveis de atenção: primário, secundário e terciário. Há unidades de saúde que pelas suas características (tipos de equipamentos e tecnologia envolvida na assistência; alta especialização e qualificação dos recursos humanos) desempenha um papel estratégico para o conjunto do SUS, recebendo pacientes de todo país e até mesmo do exterior. São os chamados centros de excelência e podem ser classificados como se situando num quarto nível de atenção (Narvai, 1992).

UBS – Porta de entrada do SUS

As ações básicas nos campos da promoção, prevenção e assistência individual e a prestação de serviços necessários à resolução dos problemas de maior prevalência e significado social em cada comunidade são chamadas de atenção primária que constituem a porta de entrada do SUS e seus diferentes níveis da atenção decorrem da racionalização do trabalho com vistas a potencializar os recursos disponíveis. Sabe-se que não são necessários certos equipamentos ou certos especialistas em todos os lugares. Mas todas as pessoas de todos os lugares devem ter acesso aos recursos que necessitam, é imprescindível que sejam estabelecidos mecanismo de referência e contra-referência, através do qual usuários são encaminhados (referência) de uma unidade de saúde para outra, em geral de níveis de

atenção diferentes. Uma vez realizado o atendimento o usuário é encaminhado de volta (contra-referência) para a unidade de saúde de origem (Narvai, 1992).

O fato de a UBS ser a porta de entrada do SUS não significa que é um lugar de entrada por onde as pessoas simplesmente passam em direção a outros níveis de atenção. Pelo contrário, em sistemas locais de saúde bem organizados e dirigidos, a rede básica é responsável pela resolução de mais de 70% dos problemas de saúde-doença das pessoas que procuram o SUS, desenvolvendo uma série de ações com o objetivo de evitar o aparecimento de doenças na comunidade. O trabalho na rede básica é dos mais complexos na medida que para seu bom planejamento, execução e obtenção de resultados satisfatórios, faz-se necessário o domínio e aplicação de conhecimentos de várias áreas do campo das ciências sociais, combinando-os com os conhecimentos biológicos. Segundo Narvai (1992), o mais experiente cardiologista pode simplesmente não saber o que fazer numa UBS. É imprescindível o domínio de todos os conhecimentos envolvidos na produção saúde-doença, e não apenas dos aspectos biológicos. O conjunto de profissionais é importante para dar vida ao SUS, seja qual for o nível de atenção onde atuam.

Sistema de trabalho em saúde bucal

Não esquecendo da importante diferença entre *atenção* e *assistência*, sabe-se que a articulação entre as duas formas de modelos são imprescindíveis, uma complementando a outra. Mesmo estando parte significativa da assistência odontológica restrita à produção de restaurações dentárias (se faz necessária para o alívio imediato do sofrimento e para obtenção de algum conforto), e ainda que se lhe possa questionar a capacidade de, com restaurações, curar a cárie como vem ocorrendo recentemente a partir das críticas ao assim denominado “paradigma cirúrgico-restaurador”, é necessário um permanente investimento nos aspectos relacionados à tecnologia da assistência, uma vez que simplesmente não podemos falar em integralidade da prática odontológica se tal prática situar-se, equivocadamente, em apenas um dos pólos da dicotomia preventivo-curativo (Narvai, 1992).

Redesenho da organização em função dos usuários

Um primeiro esclarecimento se faz necessário a respeito do que se entende por necessidades quando estamos trabalhando as organizações de saúde. Com certeza não há resposta fácil para esta discussão (Cecílio, 2000).

Nogueira (1994), aponta para o fato de que, ao se trabalhar as necessidades dos usuários dos serviços de saúde, teremos que considerar a “opinião” do usuário, com seu componente de subjetividade, e também o lado mais “científico”, relativo aos saberes dos profissionais de saúde.

As necessidades trazidas aos serviços de saúde, apesar de terem uma dimensão ou determinação social mais ampla, apresentam um componente para cada pessoa, que o serviço precisa estar atento e saber interpretar (Stotz, 1991).

Segundo Cecílio (1999), um roteiro deveria ser sempre considerado na organização dos serviços:

- necessidades de boas condições de vida;
- ter vínculo com um profissional ou equipe;
- ter autonomia no modo de andar a vida.

Deve-se fazer uma reflexão, a partir da lógica das organizações de saúde, da possibilidade da construção de consensos internos, costurados em torno de um “projeto”, entre a direção e os trabalhadores de saúde, várias categorias de profissionais distintas entre si, dando, portanto, centralidade ao usuário/consumidor dos serviços. Esses “projetos” seriam as atividades concretas desenvolvidas por membros ou grupos das organizações. Os objetivos oficiais seriam as propostas gerais da organização, assumidos em manifestações formais e públicas pelos dirigentes.

É interessante ressaltar, que em realidades bem distintas, em vários pontos do Brasil, o resultado da etapa de problematização era sempre parecido: o foco de atenção era

os problemas intermediários vividos na organização. Exemplo de tais problemas: falta de pessoal, profissionais despreparados, falta de recursos financeiros, pouca autonomia administrativa dos gestores, o poder médico na equipe, despreparo gerencial, falta de planejamento e outros. Num país de tantos municípios a matriz discursiva é bem regular entre os gestores do setor saúde e dos dirigentes dos serviços, que é o discurso da impotência, do andar em círculos em torno dos mesmos problemas. Sempre questões intermediárias e quase nunca problemas vividos pelas pessoas reais que buscam os serviços (Cecílio, 2000).

É preciso também enxergar o outro, aquele que demanda o serviço, aquele que busca a organização com necessidades que, supõe, esta possa resolver: o usuário. Os gerentes e ou dirigentes públicos parecem ter uma dificuldade de entender a finalidade da organização, sua singularidade enquanto produtora de determinados serviços, seu compromisso social. No caso do setor governamental, muito do seu desgaste advém desta postura de insensibilidade perante o usuário e a conseqüente dificuldade de viabilizar estratégias de humanização e qualificação do atendimento. Tomando o cliente como foco de atenção, abre-se toda a função gerencial e (re) organiza o processo de trabalho. Para as organizações de saúde uma maneira de provocar um deslocamento do olhar do foco de atenção das equipes de saúde para o usuário é uma forma de ir traduzindo diretrizes mais genéricas para a vida real das organizações e seus usuários. Portanto, o deslocamento da atenção das equipes para os problemas do cliente é, por si só, um dispositivo importante de mudança na cultura dominante nos órgãos governamentais. Muitos gerentes e equipes se surpreendem no processo de formulação com o fato de que nunca pensaram nos usuários com materialidade e centralidade, no sentido de pessoas reais com necessidades que o serviço pode em graus variados, atender. A aposta que se faz é que a preocupação com o outro, a avaliação permanente de sua satisfação “contamina”, ou melhor, passa a ser eminente ao processo de gestão e dá o eixo para processos de conversação na equipe. A articulação das relações entre trabalhadores e usuários poderia contribuir para uma profunda mudança cultural com a idéia de cotas maiores de uma vida melhor para todos, com interesses, expectativas e desejos de uns e de outros (Cecílio, 2000).

Realização dos objetivos do SUS

Não se pode pensar num SUS efetivo se alguns pontos ainda estiverem fazendo parte da realidade local, como: remuneração desigual e insuficiente, condições de trabalho precárias, processos de trabalhos inadequados, formação profissional imprópria, e que se reflete no cidadão e precária qualidade do atendimento e dos resultados. É preciso que haja medidas para criação de possibilidade de remuneração mais justa com piso salarial nacional, programas de reciclagem e formação de profissionais, novas formas de gestão com processos mais participativos, são medidas necessárias e possíveis (Barros, 1996).

Uma proposta para uma organização

Enfim um planejamento que deve dar conta de promover mudanças em serviços de saúde não seria, então, uma receita pronta. Nem devedor de uma metodologia só. Seria dispositivo, agenciador, analisador em permanente movimento. Espaço de troca e participação. De fala protegida e de organização. De operacionalização e também de reflexão crítica. Não seria determinista, casuísta, nem linear, mas analítico (Campos, 2000).

Seria importante a valorização da experiência cotidiana da população, dos usuários do sistema, dos profissionais de saúde, dos gestores locais, não apenas na avaliação e controle de suas ações e na definição de prioridades e estratégias para a gestão política da saúde, mas na identificação e qualificação permanente dos problemas, carências e lacunas na operação do sistema de saúde (Lucchese, 2003).

3-PROPOSIÇÃO

O objetivo desse estudo foi analisar os critérios usados na organização da demanda e avaliar o grau de satisfação dos usuários e profissionais das unidades de serviço odontológico do município de Campos dos Goytacazes (RJ).

4- MATERIAL E MÉTODOS

4.1 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Esse trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOP/UNICAMP conforme resolução 196/96, de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, pelo processo n ° 183/2003 (anexo 1).

Foi feita uma solicitação de autorização para o estudo ao Departamento de Assistência de Odontologia (DAO) do município de Campos dos Goytacazes, pedido de informação sobre a quantidade de unidades odontológicas e suas referidas localizações, e o quantitativo de profissionais por unidade e a carga horária exigida.

4.2 ÁREA DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de Campos dos Goytacazes (RJ) que pertence à Região Norte Fluminense. O município tem uma área total de 4.040,6 km², correspondentes a 41,4% da área da Região Norte Fluminense e distante da capital 273 Km município.

Campos dos Goytacazes tem uma população de 419.427 mil habitantes (Datusus, 2004), correspondentes a 58,3% do contingente da Região Norte Fluminense. A densidade demográfica é de 100,6 habitantes por km². O município apresentou uma taxa média geométrica de crescimento, no período de 1991 a 2000, de 0,86% ao ano. Sua taxa de urbanização corresponde a 89,5% da população.

Com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,76 em 2000 (PNUD, 2003), Campos é o 7º município melhor colocado como menor carência do Estado do Rio de Janeiro, atrás de Rio de Janeiro, Niterói, Volta Redonda, Resende, Petrópolis e Macaé. Juntamente com Macaé, Nova Friburgo, Petrópolis, Resende e Volta Redonda configuram um agrupamento especial caracterizado por apresentar municípios com mais de 50.000 habitantes, constituindo-se todos como centros dinâmicos, seja por empreendimentos industriais, seja pelo comércio e serviços. Como tal tem maior capacidade de geração de

emprego e renda e maior possibilidade de propiciar melhores condições de vida para seus habitantes, apresentando carências reduzidas nos três níveis.

Atualmente a Bacia de Campos é conhecida como uns dos maiores e mais modernos pólos petrolíferos do mundo, superando, por exemplo, áreas similares como o Mar do Norte. Campos conta hoje como beneficiário, o valor correspondente aos royalties do petróleo que chegam a R\$ 22.889.600,41 mensais (Agência Nacional do Petróleo –ANP/ 2005).

4.3 AMOSTRA

As informações necessárias para a realização do estudo, foram obtidas através do Departamento de Assistência Odontológica (DAO), onde foi informado que o número de dentistas é de quatrocentos e quatro (404) e o número de unidades odontológicas é de cento e três (103). A carga horária do contrato do dentista é de 20h semanais.

O Departamento de Odontologia de Campos adotou como critério, um sistema de divisão das unidades odontológicas por região em função da supervisão dos serviços. Sendo assim, cada região possui diferente número de unidades (Tabela 1).

Tabela 1

Representa as regiões distritais de Campos e o nº de unidades odontológicas por região.

Regiões	Unidades
Centro I	13
Centro II	15
Centro III	5
Centro Guarús	14
Interior Guarús	11
Rio	12
Noroeste	20
Baixada	13
TOTAL	103

4.3.1 CÁLCULO DA AMOSTRA DAS UNIDADES

A escolha da amostra das unidades selecionadas foi calculada por sorteio, de forma representar 20% das unidades por região distrital.

Tabela 2

Cálculo da amostra das unidades a serem estudadas

Regiões	Unidades	20%
Centro I	13	3
Centro II	15	3
Centro III	5	1
Centro Guarús	14	3
Interior Guarús	11	3
Noroeste	20	3
Rio	12	4
Baixada	13	3
TOTAL	103	23

4.3.2 AMOSTRA DOS DENTISTAS

A amostra dos dentistas foi calculada por sorteio em cada unidade, previamente selecionada. Sendo assim, 153 dentistas responderam os questionários considerando o erro amostral de 5%. Dessa forma, foi realizada uma amostragem por estratos, já que foram fixados tamanhos de amostra de forma separados para cada região (Tabela 3).

Tabela 3

Cálculo da amostra dos dentistas

Regiões	Unidades	N (dentistas)	n (amostra)
Centro I	13	47	18
Centro II	15	42	16
Centro III	5	61	23
Centro Guarús	14	45	17
Interior Guarús	11	30	11
Rio	12	43	16
Noroeste	20	83	32
Baixada	13	53	20
TOTAL	103	404	153

4.3.3 CÁLCULO DA AMOSTRA DOS PACIENTES

A amostra dos pacientes foi calculada por sorteio em cada unidade previamente selecionada. Sendo assim, 320 pacientes responderam os questionários, considerando o erro amostral de 5%. Dessa forma foi realizada uma amostragem por conglomerado, já que a população a ser estudada é dispersa e seria impossível ter uma lista (Tabela 4).

Tabela 4

Número de pacientes selecionados por unidade

Regiões	Unidades	20% das unidades	Pacientes (n)
Centro I	13	3	42
Centro II	15	3	42
Centro III	5	1	14
Centro Guarús	14	3	42
Interior Guarús	11	3	42
Noroeste	20	3	42
Rio	12	4	54
Baixada	13	3	42
Total	103	23	320

4.4 REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Foi feito um estudo piloto para sanar as dúvidas dos questionários aplicados para 20 dentistas e para 40 pacientes. Após o piloto, verificou-se a necessidade de fechar as questões abertas, pois as questões fechadas são mais fáceis de responder e de analisar.

Antes dos participantes responderem os questionários foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 2).

4.4.1 Para avaliação do estudo foram utilizados:

Questionários auto-aplicáveis por serem de fácil padronização e apresentarem um caráter privativo que incrementa a validade das respostas, aplicados a uma amostra calculada de 153 dentistas (anexo 3) e 320 pacientes (anexo 4), lotados nas unidades de saúde do município de Campos dos Goytacazes.

4.4.2 Para a aplicação dos questionários foram utilizados os seguintes critérios:

- Dentistas – uma vez selecionadas as unidades ambulatoriais, foi feito um sorteio entre os dentistas que iriam responder aos questionários. Não foi possível utilizar como critério de inclusão o tempo de lotação do profissional na unidade, já que a maioria tinha menos de 12 meses nas mesmas.
- Pacientes – foi feito um sorteio dos pacientes que aguardavam pelo atendimento na sala de espera e como critério de inclusão, foi estabelecido que os participantes deveriam ser usuário regular das unidades estudadas e foram excluídos os pacientes do atendimento da urgência.

4.5 FORMA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

Análise estatística foi descritiva. Para melhor entendimento, os dados foram apresentados através de tabelas.

5- RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em forma de tabelas e divididos em duas partes:

Parte I: Organização da demanda na percepção dos dentistas e dos pacientes (questões de 1 a 10 do questionário para os dentistas, menos a questão 9 que não foi utilizada) e (questões 1, 2, 5, 6 e 8 do questionário para os pacientes).

Parte II: Satisfação dos pacientes e dos dentistas (questões 3, 4, 7 e 8 do questionário para os dentistas) e (questões 3, 4, 7 e 9 10 do questionário para os pacientes).

PARTE I: ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA

5.1 QUANTO AO GRAU DE ORGANIZAÇÃO NO AGENDAMENTO DOS PACIENTES (questão 1 do questionário para dentista e questão 10 do questionário para paciente).

Ao serem questionados quanto à organização do agendamento dos pacientes em suas unidades de trabalho, 59% dos dentistas responderam estar organizado e 41% responderam que está desorganizado. Em relação aos pacientes, 61% responderam que acham organizados e 39% acham que está desorganizado (Tabela 5).

Tabela 5

Percepção dos pacientes e CD quanto à organização da demanda.

Grau de organização	pacientes (n)	pacientes (%)	CD (n)	CD (%)
Organizado	196	61%	90	59%
Desorganizado	124	39%	63	41%
TOTAL	320	100%	153	100%

5.2 PERCEPÇÃO DO DENTISTA QUANTO À MARCAÇÃO DA CONSULTA DOS PACIENTES (questão 2 do questionário para dentista).

Ao serem questionados por quem os pacientes são agendados em suas unidades de serviço, 66% dos dentistas responderam que é feito por ACD, 14% responderam que é feito pelo administrador (gerente), 12% que é por outras pessoas e 8% responderam que é feito pelo CD (Tabela 6).

Tabela 6

Controle da marcação da consulta, segundo a percepção do CD.

Marcação feita por	CD (n)	CD (%)
CD	12	8%
ACD	101	66%
ADMINIST.	22	14%
OUTROS	18	12%
TOTAL	153	100%

5.3 PERCEPÇÃO DO PACIENTE QUANTO À MARCAÇÃO DA CONSULTA (questão 5 do questionário para paciente).

Ao serem questionados quem agenda as consultas: 66% dos pacientes responderam que é a ACD, 14% responderam que é o administrador (gerente), 14% dos pacientes responderam que é o CD e 6% respondeu que são outras pessoas (Tabela 7).

Tabela 7
 Controle da marcação da consulta, segundo a percepção do paciente.

Marcação feita	Paciente (n)	Paciente (%)
CD	45	14%
ACD	209	66%
ADMINIST.	46	14%
OUTROS	20	6%
TOTAL	320	100%

5.4 NÚMERO DE PACIENTES AGENDADOS, SEGUNDO O GRAU DE QUALIDADE DO ATENDIMENTO (questão 3 do questionário para dentista).

Ao serem questionados quanto ao número de pacientes que seria o ideal para um bom atendimento: 54% dos dentistas responderam que o ideal seria 8 pacientes, 41% responderam que seria 10 pacientes e 5% responderam que seriam 15 pacientes (Tabela 8).

Tabela 8
 Nº ideal de pacientes agendados para qualidade do atendimento, segundo a percepção do CD.

Nº de pacientes agendados	CD (n)	CD (%)
até 8 pacientes	84	54%
até 10 pacientes	62	41%
até 15 pacientes	7	5%
TOTAL	153	100%

5.5 NÚMERO DE PACIENTES DE URGÊNCIA, SEGUNDO O GRAU DE QUALIDADE DO ATENDIMENTO (questão 4 do questionário para dentista).

Ao serem questionados sobre o número de pacientes da urgência que poderiam ser atendidos sem prejudicar o bom atendimento dos pacientes agendados: 62% dos dentistas responderam que deveria ser 2 pacientes, 20% responderam que deveria ser 4 pacientes e 18% responderam que deveria ter um turno a cada dia só para as urgências (Tabela 9).

Tabela 9

Nº de pacientes da urgência que podem ser atendidos sem prejudicar o atendimento dos pacientes agendados.

Nº de pacientes da urgência	CD (n)	CD (%)
2 pacientes	94	62%
4 pacientes	31	20%
1 turno por dia só para atender	28	18%
TOTAL	153	100%

5.6 CRITÉRIO USADO PARA AGENDAR OS PACIENTES NA UNIDADE (questão 5 do questionário para dentista).

Ao serem questionados sobre o critério usado para agendar os pacientes das unidades de serviço: 58% dos dentistas responderam que o critério usado é dar prioridade para quem mora na região onde se encontra a unidade, 20% é por indicação de alguém que trabalha na unidade, 12% utiliza como critério, o risco de cárie e 10% utiliza como critério, priorizar o paciente que está com dor (Tabela 10).

Tabela 10

Critérios usados para o agendamento, segundo a percepção do CD.

Critérios	CD (n)	CD (%)
moradia	89	58%
indicação	30	20%
risco de cárie	18	12%
dor	16	10%
TOTAL	153	100%

5.7 ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DOS PACIENTES DA URGÊNCIA (questão 6 do questionário para o dentista).

Ao serem questionados sobre o atendimento aos pacientes de urgência nas unidades de serviço: 54% dos dentistas responderam que o paciente deveria ser atendido na própria unidade e pelo mesmo dentista que atende aos pacientes agendados, 26% responderam que os pacientes deveriam ser encaminhados para um Posto de Urgência e 20% responderam que deveria ser atendido na própria unidade por um dentista que só fizesse esse tipo de atendimento (Tabela 11).

Tabela 11

Organização dos pacientes da urgência na percepção do CD.

Organização do atendimento	CD (n)	CD (n)
Atender na UBS/ pelo mesmo CD	81	54%
Atender só no Posto de Urgência	40	26%
Atender na UBS/ por outro CD	32	20%
TOTAL	153	100%

5.8 ATENDIMENTO DOS PACIENTES AGENDADOS, PREJUDICADO EM DETRIMENTO AOS PACIENTES DA URGÊNCIA (questão 7 do questionário para dentista).

Ao serem questionados se o atendimento aos pacientes de urgência atrapalha o andamento do tratamento dos pacientes agendados nas unidades de serviço: 61% dos dentistas responderam que sim e 39% responderam que não atrapalha (Tabela 12)

Tabela 12

Atendimento dos pacientes agendados, prejudicado pelas urgências.

Atendimento prejudicado	CD (n)	CD (%)
sim	108	61%
não	45	39%
TOTAL	153	100%

5.9 ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA COM UTILIZAÇÃO DE CRITÉRIOS DE RISCO E ATENDIMENTO ESPECÍFICO PARA AS URGÊNCIAS

(questão 8 do questionário para dentista).

Ao serem questionados se organizaria melhor a demanda, se houvesse nas unidades um dentista fazendo triagem utilizando critérios de risco e atendendo urgências: 81% dos dentistas responderam que sim, 16% que talvez e 3% responderam que não (Tabela 13).

Tabela 13

Organização da demanda com utilização de critérios de risco e agendamento específico para urgências.

Utilização de critérios	CD (n)	CD (%)
sim	124	81%
não	5	3%
talvez	24	16%
TOTAL	153	100%

5.10 NÚMERO DE DENTISTAS POR UNIDADES (questão 10 do questionário para dentistas).

Ao serem questionados sobre o número de dentistas lotados nas unidades de serviço: 36% responderam que em sua unidade tem 3 dentistas, 21% responderam que mais de 5 dentistas, 16% responderam que tem 2 dentistas, 14% responderam que tem 4 dentistas, 9% responderam que tem 5 dentistas e 4% responderam que tem 1 dentista (Tabela 14).

Tabela 14

Nº de CD existente nas unidades do Município de Campos.

Nº de CD	CD (n)	CD (%)
1 CD	6	4%
2 CD	24	16%
3 CD	57	36%
4 CD	21	14%
5 CD	14	9%
mais	31	21%
TOTAL	153	100%

5.11 MARCAÇÃO DA CONSULTA, SEGUNDO O GRAU DE FACILIDADE (questão 1 do questionário para paciente).

Ao serem questionados sobre a facilidade que tiveram em marcar a consulta, na unidade que estão em tratamento: 43% dos pacientes responderam que tiveram facilidade na marcação da consulta, 36% responderam que não tiveram facilidade e 21% responderam que tiveram uma facilidade relativa (Tabela 15).

Tabela 15
 Marcação da consulta segundo o grau de facilidade, de acordo a percepção do paciente.

Facilidade na marcação da consulta	Paciente (n)	Paciente (%)
sim	138	43%
não	115	36%
regular	67	21%
Total	320	100%

5.12 MARCAÇÃO DA CONSULTA, EM RELAÇÃO AO TEMPO (questão 8 do questionário para paciente).

E em relação ao tempo que levaram para marcar uma consulta: 70% dos pacientes responderam alguns dias, 18% responderam que levaram mais de um mês e 12% dos pacientes responderam que levaram mais de dois meses (Tabela 16).

Tabela 16
 Marcação da consulta em relação ao tempo, na percepção do paciente.

Em relação ao tempo	Paciente (n)	Paciente (%)
alguns dias	226	70%
mais de um mês	57	18%
acima de dois meses	37	12%
Total	320	100%

5.13 PROCUROU O ATENDIMENTO, DE ACORDO COM A NECESSIDADE (questão 2 do questionário para paciente).

Ao serem questionados sobre o motivo que levou a procurar pelo atendimento: 57% dos pacientes responderam que foi por dor, 31% responderam que foi por rotina e 12% responderam que foi aparência (Tabela 17).

Tabela 17

Paciente procurou por atendimento de acordo com a necessidade.

Grau de necessidade	Paciente (n)	paciente (%)
dor	178	57%
rotina	101	31%
aparência	41	12%
TOTAL	320	100%

5.14 NÚMERO DE PACIENTES QUE O DENTISTA ATENDE (questão 6 do questionário para paciente)

Ao serem questionados sobre o quantitativo de pacientes que o dentista atende: 49% dos pacientes responderam que é normal, 28% responderam que é pouco e 23% dos pacientes responderam que é muito (Tabela 18).

Tabela 18

Percepção do paciente em relação ao número de atendimentos feito pelo dentista.

Em relação a quantidade atendimentos	Paciente (n)	Paciente (%)
muito	75	23%
pouco	91	28%
normal	154	49%
TOTAL	320	100%

PARTE II: SATISFAÇÃO DOS DENTISTAS E DOS PACIENTES

5.15 GRAU DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE EM RELAÇÃO À PESSOA QUE FEZ A MARCAÇÃO DA CONSULTA (questão 3 do questionário para paciente).

Ao serem questionados sobre a qualidade do atendimento por quem fez a marcação da consulta na unidade que foi atendido: 76% dos pacientes responderam que foram bem atendidos, 15% responderam que foi regular o atendimento por quem fez a marcação e 9% responderam que não foram bem atendidos (Tabela 19).

Tabela 19

Satisfação do paciente em relação à pessoa que fez a marcação da consulta.

Satisfação do paciente	Paciente (n)	Paciente (%)
sim	242	76%
não	29	9%
regular	49	15%
TOTAL	320	100%

5.16 SATISFAÇÃO DO PACIENTE EM RELAÇÃO À ATENÇÃO RECEBIDA, SEGUNDO EXPLICAÇÕES REFERENTES AO TRATAMENTO (questão 4 do questionário para paciente).

Ao serem questionados se o dentista teve atenção explicando sobre o tratamento: 83% dos pacientes responderam que sim e 17% responderam que não (Tabela 20).

Tabela 20

Satisfação do paciente em relação às explicações recebida referentes ao tratamento.

Satisfação do paciente	Paciente (n)	Paciente (%)
sim	262	83%
não	58	17%
TOTAL	320	100%

5.17 SATISFAÇÃO DO PACIENTE EM RELAÇÃO AO GRAU DE INTERESSE DO DENTISTA (questão 7 do questionário para paciente)

Ao serem questionados pelo grau de interesse do dentista pelo paciente: 74% dos pacientes responderam que os dentistas se mostraram interessados, 16% responderam que os dentistas se mostraram impacientes e 11% responderam que os dentistas se mostraram indiferentes (Tabela 21).

Tabela 21

Satisfação do paciente em relação ao grau de interesse do CD pelo paciente.

Grau de interesse	Paciente (n)	Paciente (%)
indiferente	36	11%
impaciente	56	16%
interessado	228	74%
TOTAL	320	100%

5.18 SATISFAÇÃO DO PACIENTE, EM RELAÇÃO AO TIPO DE ATENDIMENTO QUE RECEBE (questão 9 do questionário para paciente).

Ao serem questionados se estão satisfeitos com o tipo de atendimento: 75% dos pacientes responderam que sim e 25% responderam que não (Tabela 22).

Tabela 22

Satisfação do paciente em relação ao tipo de atendimento que recebe.

Satisfação do paciente	Paciente (n)	Paciente (%)
Sim	236	75%
Não	84	25%
TOTAL	320	100%

6-DISCUSSÃO

Organizar um serviço de saúde tem-se tornado um problema para muitos gestores, principalmente quando se refere à organização do atendimento. Como ser justos nos critérios utilizados para um agendamento? Como organizar a demanda de maneira que os usuários se sintam beneficiados, que os profissionais possam atender de forma satisfatória e humanizada, tanto para os pacientes quanto para o seu próprio bem estar?

O conceito de que “ao organizar a demanda de um serviço, deve-se evitar o erro de tornar absolutas as prioridades definidas de forma coletiva (epidemiologicamente), menosprezando a demanda espontânea, deixando assim, de atender às necessidades sentidas pelas pessoas” (Fundação Oswaldo Cruz, 1998), é uma verdade que deve ser respeitada.

Sem dúvida, os usuários devem ser a prioridade dos serviços, assim como os profissionais merecem ter toda uma condição mínima de estrutura, para que possam fazer com que seus atendimentos sejam resolutivos e humanizados. Humanizar um serviço de saúde, não é só pensar no acolhimento, na porta de entrada, em se ter “vagas” para atender a todos. É preciso pensar no “acesso” (ato de ingressar, entrada) e na “acessibilidade” (qualidade do que é acessível) que segundo Donabedian (1973), citado por Travassos & Martins (2004), ambos os termos indicam o grau de facilidade e qualidade com que as pessoas obtêm cuidados com a saúde.

Tudo isso é importante. Mas como o profissional vai conduzir seu atendimento? Na questão do tempo, o que terá disponível para o atendimento de cada um de seus pacientes? E o tipo de estrutura física que lhe é dado no sentido de dispor de instrumental suficiente, material de consumo para se fazer procedimentos referentes à atenção básica? Isso também faz parte de um atendimento humanizado que gera a satisfação do paciente, de uma organização de serviço e conseqüentemente da organização da demanda da unidade. A qualidade do serviço de saúde dependerá, portanto, desse conjunto de fatores.

De acordo com Donabedian (1973), citado por Travassos & Martins (2004), a acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes.

Muitas vezes o profissional não tem uma estrutura de trabalho, mas dele será cobrado um atendimento resolutivo e humanizado. Essa situação compromete a organização da demanda dos serviços odontológicos.

De acordo com Lucchese (2003), é preciso identificar e reduzir desigualdades a partir da ação das secretarias municipais “desfinanciadas”, com recursos humanos desvalorizados em todos os sentidos e uma “pseudo-administração burocrática” incapaz de garantir padrões mínimos de eficiência para o alcance permanente de resultados.

A prática da valorização da experiência cotidiana da população, dos usuários do sistema, dos profissionais de saúde, dos gestores locais, não apenas na avaliação e controle de suas ações e na definição de prioridades e estratégias para a gestão política da saúde, mas na identificação e qualificação permanente dos problemas, carências e lacunas na operação do sistema de saúde, podem ajudar a superar as dificuldades (Lucchese, 2003).

A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do usuário que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. O comportamento do usuário é geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, e os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subsequentes (Travassos & Martins, 2004).

Segundo Millman (1993), citado por Travassos & Martins (2004), no início da década de 90, o Comitê para o Monitoramento do Acesso aos Serviços de Saúde do Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos propôs que o acesso fosse definido como o uso de serviços de saúde em tempo adequado para obtenção do melhor resultado possível.

O acesso é o uso qualificado, aquele que ocorre no momento adequado ao atendimento do problema de saúde do paciente, utilizando recursos corretos e executado da forma correta.

Esse tipo de acesso que ocorre no momento adequado, leva à satisfação do usuário, e essa variável foi analisada nesse estudo. Dos 153 usuários que preenchem os critérios para inclusão, 75% se mostraram satisfeitos com o tipo de atendimento que recebiam, e 83% se mostraram satisfeitos com a atenção recebida dos dentistas. De acordo com Andersen (1995), citado por Travassos & Martins (2004), o conceito de “acesso efetivo” é resultante de serviços que melhoram as condições de saúde das pessoas ou a satisfação das pessoas com os serviços, e o conceito de “acesso eficiente” é o grau de mudança na saúde ou na satisfação em relação ao volume de serviços consumidos.

Na variável estudada sobre a percepção do paciente em relação à organização da marcação da consulta, 61% dos usuários acharam que esse item também estava organizado.

A preocupação em organizar a demanda das Unidades Básicas de Saúde (UBS) é de grande importância, pois abre o acesso ao SUS para o grande contingente populacional. Assim, a Atenção Básica deveria constituir a porta de entrada principal aos serviços de saúde, e não, como se é de costume ver, pacientes utilizando como porta de entrada, os ambulatórios especializados de média complexidade. Infelizmente, pouco se avançou na ampliação das ações ofertadas em cada UBS, no que diz respeito à qualidade, no volume, na continuidade das ações e nos resultados à população (Ministério da Saúde, 2002). Porém, essa não é a realidade do município Campos dos Goytacazes como foi visto na variável acima citada.

No estudo da variável “percepção do dentista em relação à organização do agendamento dos pacientes”, dos 153 da amostra 59% julgou-o organizado. De acordo com Frenk (1985), citado por Travassos & Martins (2004), a acessibilidade é a relação funcional entre um conjunto de obstáculos para procurar e obter cuidados (“resistências”) e as correspondentes capacidades da população para superar tais obstáculos como ecológicos,

financeiros, organizacionais, geográficos, e outros. Várias composições de oferta de serviços organizadas podem facilitar o poder de utilização dos serviços dos diferentes grupos populacionais.

Embora 59% dos dentistas julgassem organizado o agendamento dos pacientes, 81% não exitaram em responder que utilizar critérios de risco poderia melhorar na organização da demanda. E quando a variável “critérios utilizados para o agendamento” foi analisada, 58% dos dentistas responderam que o fator moradia (territorialização) influencia no agendamento enquanto que o critério de risco ficou com 12% das respostas e 20% responderam que conhecimento com alguém da unidade poderia facilitar o acesso, o que representa uma porcentagem alta, podendo demonstrar uma deficiência na organização da demanda, onde a “indicação” prevalece sobre os critérios de risco, ameaçando a equidade das ações de saúde.

Sabe-se que trabalhar com necessidade de serviço por meio da territorialização, de levantamento epidemiológico e critérios de risco do paciente traz maior resolutividade ao serviço.

Segundo Texeira *et al.* (1998), o processo de territorialização é permitir a definição de prioridades em termos de problemas e grupos, o mais aproximadamente possível, o que se refletirá na definição das ações mais adequadas, de acordo com a natureza dos problemas identificados, bem como na concentração de intervenções sobre grupos priorizados e, conseqüentemente, em um maior impacto positivo sobre os níveis de saúde e as condições de vida. Trata-se do uso inteligente da epidemiologia, por meio da "microlocalização dos problemas de saúde, a intervenção no âmbito populacional pautada no saber epidemiológico e a apropriação de informações acerca do território-processo, visando a integralidade, a intersetorialidade, a efetividade e a equidade". Uma vez que se conte com a territorialização do município em função das condições de vida e saúde, enquanto parte da análise da situação de saúde, é possível dar seguimento ao processo de planejamento e programação local que não se esgota na mera racionalização da oferta de serviços "informação-decisão-ação", que se traduz do ponto de vista técnico-operacional,

no uso de métodos/técnicas de planejamento que dêem suporte ao processo de identificação e priorização de problemas de grupos populacionais de territórios delimitados e à articulação de operações integradas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação destinadas ao enfrentamento contínuo dos problemas selecionados.

A resolutividade do sistema, que resguarda o direito de cidadania aos serviços de saúde, dentro da lógica que leva em conta as diretrizes da universalidade, equidade e integralidade, mediante a expansão de ações passíveis de serem realizadas tão somente a partir dos serviços de Atenção Básica à saúde, utilizando como espaço estratégico de porta de entrada que o modelo de atenção à saúde deve incorporar e construir a responsabilidade sanitária. A construção da equidade consiste basicamente em investir na oferta de serviços para grupos populacionais com acesso e utilização insuficientes, sem reprimir a demanda de serviços necessários a segmentos e grupos que já têm o acesso garantido (Ministério da Saúde, 2002).

Na variável, “facilidade encontrada pelo paciente na marcação da consulta”, 43% dos pacientes responderam que houve essa facilidade (dias) somando com os 21% que responderam ter uma facilidade relativa (1 mês), representando uma porcentagem satisfatória quando comparado com o estudo de Tengan (2004), no qual destacou que os usuários que dependiam do serviço odontológico público do município estudado, levavam em média de 8 a 12 meses para serem atendidos.

De acordo com Goddard & Smith (2001), citado por Travassos & Martins (2004), a disponibilidade de serviços pode não ser de conhecimento de todos e que diferentes grupos populacionais variam no grau de informação que possuem sobre os serviços a eles disponíveis. Assim sendo, a experiência com os serviços e as informações que deles dispõe influenciam a forma como as pessoas percebem as dificuldades/facilidades para obterem os serviços de saúde de que necessitam e, portanto, o acesso aos mesmos.

O número de dentistas por unidades também foi uma variável estudada, e 80% afirmaram ter 3 ou mais dentistas em suas unidades. Sendo a jornada de trabalho de 20h semanais ou 15 pacientes/ turno, parece ser complicado esse ajuste na organização dos serviços. Em concordância com essa afirmação é a resposta dos dentistas, quando questionados sobre o número ideal de pacientes agendados, sendo que apenas 5% concordaram que 15 pacientes/turno poderiam ser atendidos com qualidade.

Esse estudo mostrou ainda que a Odontologia no município cresceu no sentido físico, pois hoje existem 103 unidades com 112 consultórios que prestam serviço odontológico à população, e também no quantitativo de dentistas. Esses representam, um total de 404 profissionais, excetuando-se os dentistas que compõem as 38 equipes que trabalham no Programa de Saúde da Família (PSF) com seus consultórios independentes das unidades que foram estudadas.

Em relação ao pessoal auxiliar, contam-se 70 atendentes de consultório (ACD), sendo que a maioria com contratos provisórios e sem nenhum tipo de treinamento e 40 Técnicos em Higiene Dental (THD).

Sendo assim, o município de Campos dos Goytacazes possui uma taxa dentista/população igual a 01 CD/1.000 habitantes, isso se toda a população fosse SUS dependente no caso da Odontologia, refletindo o que ocorre no Brasil (1/1.007) e bem melhor que a preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que é de 1CD/ 1.500 habitantes, e as taxas de países desenvolvidos como os Estado Unidos (1/1.598) e o Canadá (1/1.873) (Marcos, 2000).

Parece não ter havido algum tipo de planejamento no que diz respeito à organização do setor odontológico ao longo desses anos, pois notadamente houve um crescimento acentuado de profissionais no setor público. Não resta dúvida que a população esteja sendo beneficiada com a facilidade no acesso aos serviços básicos, mas a manutenção desses serviços pode ser comprometida a médio prazo, dependendo do tipo de políticas públicas de saúde que possa ser adotada no futuro do município.

Segundo Drucker (1975), citado por Tancredi, *et al.* (1998), planejar não é fazer uma mera declaração de intenções. Diz que o futuro, para acontecer, não depende de que alguém o deseje com intensidade; requer decisões e ações imediatas. O verdadeiro planejamento não é uma lista de desejos ou boas intenções. Ele deve enunciar objetivos factíveis e alcançáveis, caso contrário perderá a credibilidade. Planejar exige a ousadia de visualizar um futuro melhor, mas não é simplesmente “sonhar grande”. Exige maturidade para se acomodar às restrições impostas pelo ambiente ou pelo grau de desenvolvimento da organização. Além disso, o planejamento obriga a selecionar as ações concretas necessárias para alcançar o objetivo desejado. O planejamento é um instrumento de gestão que promove o desenvolvimento institucional. Planejar é uma atitude permanente da organização e do administrador.

O planejamento não é uma mera ferramenta de trabalho, uma coleção de técnicas e fórmulas que podem ser aplicadas a uma determinada situação. Planejar é toda uma visão administrativa e envolve um variado número de atores sociais. Numa organização – como um hospital ou um centro de saúde –, podem envolver seus diretores, chefes de departamentos ou setores, profissionais prestadores de serviços e, não raro, os próprios usuários ou clientes (Tancredi *et al.*, 1998).

O critério de justiça é muito difícil e subjetivo. Sabe-se o que é melhor dentro da “teoria”. Entende-se que o ideal para organização da demanda das unidades de saúde é utilizar os critérios epidemiológicos, a territorialização, a adscrição da clientela, os critérios de risco. Mas trabalhar com o critério de justiça pode significar abandonar o padrão ideal, e dar aos usuários o que para eles realmente mais importa, ou seja, ter o acesso facilitado, ser tratado com carinho, com atenção, o pronto atendimento, a demanda espontânea.

Não interessa o que está na “teoria”, só o que podem ver e sentir. Poder ver seus problemas resolvidos, é o que traz sem dúvida a satisfação dos usuários fazendo com que se sintam beneficiados pelos serviços de saúde.

De acordo com Campos (2000), de Freud até hoje, quase ninguém acredita que o mundo, os problemas, as coisas possam ser explicadas simplesmente pela razão. Vivemos em espaços subjetivos, permeados pelo encontro e desencontros de subjetividades, valores, crenças. O planejamento, por mais estratégico que se pretenda, não poderá dar conta nunca dessas questões de certa linearidade racional. Não que se ache que o planejamento seja “a receita” para dar conta da subjetividade nas organizações, mas, sim, acredita-se que não pode mais continuar surdo a essa importante questão.

Segundo Merhy *et al.* (1994), qualquer um que necessitar de um atendimento na rede de serviços de saúde, terá, além da própria fragilidade que possa por estar se sentindo um sofredor, uma desagradável sensação de insegurança, pois, irá precisar da atenção que um conjunto de trabalhadores de saúde deverá despender para compreendê-lo, assimilar o sofrimento, entender o risco e a qualidade do comprometimento que vem passando, intervir no sentido de lhe garantir uma solução e alterar na medida que a tecnologia permitir a situação individual e coletiva que se relaciona com o processo de produção do seu problema.

Ao tomarem com objetivo a garantia do acesso, com bom acolhimento de todos os usuários, as equipes vão construindo soluções a partir de cada unidade de saúde, reorganizando seu trabalho coletivo, redefinindo condutas e papéis e organizando grupos de acolhimento da clientela por área de atenção. Assim, redefinindo-se o cotidiano, ataca-se substancialmente a repressão da demanda, fazendo as filas desaparecerem e o usuário se sentir mais valorizado.

Num estudo feito por Pinheiro *et al.* (2003), no município de Volta Redonda (RJ), onde foi analisado os limites e possibilidades da integralidade nos serviços de saúde, uma questão que freqüentemente foi apontada pelos usuários, estava relacionada ao tempo de espera demasiadamente longo. A prestação dos serviços públicos vem sendo caracterizada como "lenta e ineficaz", o que tende a imprimir uma imagem depreciativa do atendimento oferecido à população que utiliza esses serviços. Na verdade, são as filas que afetam o acesso dos serviços ofertados pelo sistema. Porém, ao esperar um determinado

tempo para ser atendido, já se parte do pressuposto que o acesso efetivo está garantido, e assim o problema está em "ficar na fila", esperar, para talvez não ser atendido.

Em um estudo realizado por Tengan (2004), em uma cidade de pequeno porte, localizada no Estado de São Paulo, com uma população de aproximadamente 15.000 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2000), verificou-se que nas Unidades Básicas de Saúde a alta demanda reprimida se fazia presente tendo em vista que a lista de espera para tratamento era cada vez maior. Segundo dados obtidos em outubro de 2003, esta lista constava com 396 nomes (população adulta) sendo que o usuário tinha que esperar, em média, de 8 a 12 meses para ter acesso ao tratamento odontológico. Quanto ao pronto atendimento, o agendamento procedia por ordem de chegada, juntamente com os pacientes em tratamento. Desta forma, muitos amanheciam na fila em busca dos primeiros horários.

Quando comparado ao estudo realizado no município de Campos dos Goytacazes pôde-se observar que 73% dos usuários levaram apenas alguns dias para marcar a consulta, não necessitando de permanecerem em longas filas para que conseguissem o atendimento, sendo que os pacientes do pronto atendimento (urgências) também tinham seus acessos garantidos.

Ainda compartilhando com os pensamentos de Merhy (1994), deve-se ter o cuidado de não cair no pronto atendimento banal, com agendamentos improdutivos, embora ambos sejam instrumentos que se bem usados, podem se adequar ao problema que se enfrenta e que se possa ofertar.

Da experiência do município de Ipatinga (MG) “De porta aberta para a saúde”, descrita por Merhy (1994), pode-se verificar que alguns pontos são fundamentais para a organização de um serviço de saúde:

- Acesso - tratar humanizadamente toda a demanda; dar resposta a todo demandante; discriminar os riscos incluindo as urgências; dar resposta à

demanda individual e coletiva; abrir possibilidades de novas opções tecnológicas.

- Acolhimento – relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço como um todo tem que estabelecer com os diferentes tipos de usuários.
- Vínculo – refletir sobre a responsabilidade e o compromisso que a equipe tem com cada usuário e sua área de abrangência.
- Resolutividade – colocar a possibilidade de usar tudo que se dispõe para eliminar o sofrimento e as causas reais do problema do paciente.
- Discutir o processo de trabalho.
- Gestão coletiva - incentivar as conversas laterais, estimulando as autonomias, descentralizando as decisões (horizontalizando o projeto).
- Monitoramento – avaliar a eficácia das ações, discutindo quais os indicadores que permitem avaliar a evolução das ações.

Em relação aos resultados obtidos do presente estudo, no que diz respeito à avaliação da organização da demanda e a satisfação dos usuários e do profissional, talvez estes tenham sido devido ao quantitativo de unidades e ao número elevado de profissionais existente no município, facilitando o agendamento (o acesso), trazendo uma satisfação para o paciente, que não amarga uma longa espera para receber um atendimento, tornando um diferencial importante para o município e se distanciando da citação abaixo descrita.

(...) A exigência posta aos administradores públicos, e, sobretudo aos prefeitos, é que defendam a descentralização e assumam o comando único do SUS no âmbito municipal, nos termos da Constituição da República e da legislação complementar. Nesse sentido, o fato mais marcante no setor saúde, nesses primeiros meses de governos municipais, é sem dúvida, o episódio do Rio de Janeiro, com a intervenção do governo federal (...) (Narvai, 2005).

7- CONCLUSÃO

Pode-se concluir que:

a) Em relação à organização da demanda, não há critério de organização. Isso posto, atende-se por livre demanda;

b) Em relação ao profissional, o estudo mostrou haver insatisfação na organização do serviço quanto ao número de pacientes agendados por turno; quanto à falta de utilização de critérios para fazer o agendamento; quanto ao fato que o atendimento dos pacientes agendados, possa ser prejudicado em razão ao atendimento das urgências;

c) Em relação à satisfação do usuário, o estudo mostrou que se sentem satisfeitos com a facilidade no agendamento; com a atenção e o tipo de tratamento recebido.

REFERÊNCIAS*

Alencar F, Carpi L, Ribeiro MV. *História da sociedade brasileira*. 3.ed. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico; 1988.

Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995; 36: 1-10 Apud Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004; 20 Supl 2: 190-198.

Artmann E, Azevedo CS, Sá MC. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. *Cad Saude Publica*. 1997; 13(4): 723-740. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/> [2005 Maio 15].

Assis MMA. O processo de construção do controle social no sistema único de saúde e a gestão nos espaços institucionais. *Saude Debate*. 2003; 27(65): 324-335.

Barros E. Política da saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. *Cienc Saude Coletiva*. 1996; 1(1): 5-17.

Benevides RDB. Construindo a política nacional de humanização. *Oficina humaniza SUS*. 2004. Disponível em: URL: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/busca/buscar.cfm> [2005 Abr. 4].

Brasil. Constituição Brasileira. Brasília, DF: Imprensa Oficial; 1988.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 5 de outubro de 1988. 17.ed. São Paulo: Atlas; 1988.

* De acordo com a norma utilizada na FOP/Unicamp, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. *Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: Avanços, Desafios e Reafirmações de Princípio e Diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e institui a descentralização e as relações entre União, Estados e Municípios com relação à política de saúde. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União* 1990 Dez. 29.

Brasil. Ministério de Saúde. Fundo Nacional de Saúde. DATASUS. 2004. Disponível em: URL: <http://www.datasus.gov.br> [2005 Maio 2].

Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectiva da vigilância da saúde e da saúde da família. *Cienc Saude Coletiva*. 2003; 8(2): 569-584. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br> [2005 Maio 5].

Campos RO. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2000; 16(3): 723-731. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/> [2005 Maio 15].

Carvalho GI, Santos L. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis n 8.080 e n. 8.142/90)*. 3.ed. Campinas: Ed. UNICAMP; 2002.

Cecílio LCO. Programa UNI: uma necessária ampliação de sua agenda. In: Almeida M, Feuerwerker L, organizadores. *A educação dos Profissionais de saúde na América Latina: Teoria e Prática de um Movimento de Mudança*. São Paulo: Hucitec; 1999. p.129-136.

Cecílio LCO. Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades. *Cad Saude Publica*. 2000; 16(4): 973-983. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br> [2005 Maio 22].

Cecílio LCO. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. *In: Merhy E, Onocko R, organizadores. Agir Saude*. São Paulo: Hucitec; 1997. p.161-168.

Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2001; 6(2): 319-328.

Cordón J. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. *Cad Saude Publica*. 1997; 13(3): 557-563. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br> [2005 Abr. 19].

Cynamon SE, Sayeg MA. A modernidade da gestão: proposta de um modelo de estrutura organizativa. *Cad Saude Publica*. 1991; 7(3): 416-423. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br> [2005 Mar. 25].

Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Cienc Saude Coletiva*. 2004; 9(1): 7-14. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br> [2005 Maio 15].

Dornabedian A *Aspects of medical care administration*. Harvard University Press. 1973. *Apud Travassos C, Martins M*. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004; 20 Supl 2: 190-198.

Dornabedian A. *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press. 2003. *Apud Travassos C, Martins M*. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004; 20 Supl 2: 190-198.

Duarte CMR. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? *Cienc Saude Coletiva*. 2000; 5(2): 443-463. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/> [2005 Abr. 5].

Foucault M. Nascimento da clínica. *Forense Universitária*. 1977. *Apud Deslandes SF*. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Cienc Saude Coletiva*. 2004; 9(1): 7-14.

Frenk J. Conceptand measurement of accessibility. *Salud Publica Mex.* 1985; 27: 438-453. Apud Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica.* 2004; 20 Supl 2: 190-198.

Fundação Oswaldo Cruz. *Gestão de Saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Brasília: UnB; 1998. 3v.

Gastão WSC. *Um método para análise e co-gestão de coletivos.* São Paulo: Hucitec; 2000.

Gawryszewski V. Reorganização dos serviços de saúde: algumas considerações acerca da relação entre a descentralização, autonomia local e a participação do cidadão. *Cad Saude Publica.* 1993; 9(2): 210-215. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br> [2005 Set. 12].

Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Soc Sci Méd.* 2001; 53: 1149-1162 Apud Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica.* 2004; 20 Supl 2: 190-198.

Índice de Desenvolvimento Humano. Disponível em: URL: <http://www.pnud.org> [2005 Abr. 3].

Juliano IA, Assis MMA. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). *Cienc Saude Coletiva.* 2004; 9(2): 493-505. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br> [2005 Set. 12].

Kliksberg B. A gerência na década de 90. *Revista de Administração Pública.* 1988; 22(1): 59-85. Apud Cynamon SE, Sayeg MA. A modernidade da gestão: proposta de um modelo de estrutura organizativa. *Cad Saude Publica.* 1991; 7(3): 416-423. Disponível em: <http://www.scielo.br/> [2005 Mar. 25].

Kottow M. Bioética e política de recurso em saúde. In: Garrafa V, Costa SIF, organizadores. *Bioética no século XXI.* Brasília: UnB; 2000. p.67-75.

Lucchese RTP. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2003; 8(2): 439-148. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br> [2005 Abr. 20].

Magalhães MDB. A lógica da suspeição: sobre aparelhos repressivos à época da ditadura militar no Brasil. *Rev Bras História*. 1997; 17(34): 203-220. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br> [2005 Maio 20].

Marcos B. Ensino odontológico: novos cursos, mais profissionais e menos demanda da população. *J Cons Reg Odontol (Belo Horizonte)*. 2000; 107: 8-9.

Matus C. O plano como aposta. *São Paulo Perspect*. 1991; 5(4): 28-42. Disponível em: URL: http://www.paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_saucol.htm [2005 Maio 19]

Matus C. *Política, planejamento e governo*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada; 1993. v.2

Matus C. *Sobre la teoria de las macroorganizaciones*. Santafé de Bogotá: Fondo Editorial Altadir; 1994.

Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996.

Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: Os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida. In Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994. cap 3. p.117-85.

Millman M. *Access to health care in America*. Washington DC: National Academy Press; 1993. Apud Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004; 20 Supl 2: 190-198.

Monnerat GL, Senna MCM, Souza RG. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. *Cienc Saude Coletiva*. 2002; 7(3): 509-521. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br> [2005 Maio 5].

Narvai PC. *Saúde bucal: assistência ou atenção - Odontologia em Silos - Sistemas Locais de Saúde*. São Paulo: Rede Cedros; 1992. Disponível em: URL: <http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigo/art-saucol/assisate.pdf> [2005 Mar. 15].

Narvai PC. Saúde e eleições. *Jornal da USP*. 2005; Ano X. Disponível em: URL: http://apsp.org.br/opinioes_e_debates/ [2005 Jun. 15].

Nogueira RP. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1993.

Oliveira JA, Teixeira MSF. *Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes/Abrasco; 1986.

Onocko RT. *O planejamento no divã ou análise crítica de uma ferramenta na gênese de uma mudança institucional*. [dissertação]. Campinas: FCM/UNICAMP; 1998.

Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia & saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 473-87.

Pinheiro R. *Da defesa do aço à defesa da vida: o cotidiano dos atores em suas práticas nos serviços de saúde*. [tese]. Rio de Janeiro: UFRJ/ Instituto de Medicina Social; 2000.

Roncalli AG. *A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal* [tese]. Araçatuba: UNESP/FOA; 2000.

Silva JPV, Pinheiro R, Machado FRS. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor saúde. *Saude Debate*. 2003; 27(65): 234-242.

Siqueira-Batista R. Contexto da formação da sociedade brasileira: impactos sobre a saúde. *Arq Bras Med*. 1996; 70: 531-537.

Stotz EM. *Necessidades de saúde: mediações de um conceito (contribuição das ciências sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde)*. [tese]. Rio de Janeiro: ENSP/Fundação Oswaldo Cruz; 1991.

Tancredi FB, Barrios SRL, Ferreira JHGF. Planejamento em Saúde. In: Vecina Neto G, Reinhardt Filho W. *Gestão de Recursos Materiais e de Medicamentos*. São Paulo: IDS; NAMH/FSP-USP; 1998. v.2. 82p. Coleção Saúde & Cidadania.

Tengan C. *Avaliação do atendimento em um serviço público odontológico* [dissertação]. Piracicaba: UNICAMP/FOP; 2004.

Texeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. Modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*. 1998; 7(2): 7-28.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004; 20 Supl 2: 190-198.

Viana AL, Heimann LS, Lima LD, Oliveira RG, Rodrigues SH. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2002; 18 Supl: 139-151. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br> [2005 Maio 4].

Viana ALA, Fausto MCR, Lima LD. Políticas de saúde e equidade. *São Paulo Pespect*. 2003; 17(1): 58-68.

Vilaça ME. O dilema municipalização autárquica ou microrregionalização cooperativa: por sistemas microrregionais de serviços de saúde. *Os Grandes Dilemas do SUS*. 2001; 2(Pt 5).

ANEXOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
CERTIFICADO



Certificamos que o Projeto de pesquisa intitulado "Análise da organização de demanda nas Unidades Básicas de Saúde no serviço público", sob o protocolo nº **183/2003**, da Pesquisadora **Susana Abreu de Sousa Santos**, sob a responsabilidade do Prof. Dr. **Marcelo de Castro Meneghim**, está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 10/10/96, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – FOP.

Piracicaba, 15 de março de 2004.

We certify that the research project with title "Analisi of the demand organization of the basic health in the public service", protocol nº **183/2003**, by Researcher **Susana Abreu de Sousa Santos**, responsibility by Prof. Dr. **Marcelo de Castro Meneghim**, is in agreement with the Resolution 196/96 from National Committee of Health/Health Department (BR) and was approved by the Ethical Committee in Research at the Piracicaba Dentistry School/UNICAMP (State University of Campinas).

Piracicaba, SP, Brazil, March 15 2004

Cinthia Pachado Tabchoury
Prof. Dra. Cinthia Pereira Machado Tabchoury

Vice-Coordenadora
CEP/FOP/UNICAMP

Prof. Dr. Jacks Jorge Júnior

Prof. Dr. Jacks Jorge Júnior
Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está recebendo um questionário que é parte integrante da dissertação intitulada “*Análise da organização da demanda e grau de satisfação do profissional e usuário nas unidades de serviço público odontológico do Município de Campos dos Goytacazes*”, da realidade de Campos dos Goytacazes-RJ que está sendo desenvolvida junto à Faculdade de Odontologia de Piracicaba (UNICAMP-SP) na área de Saúde Coletiva.

As respostas não oferecem qualquer desconforto ou risco ao entrevistado, pois se trata de aplicação de questionário para pesquisa científica. Não há qualquer ônus para o entrevistado e sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Você receberá cópia deste “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”.

Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva ao Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP - Av. Limeira, 901 – CEP: 13 414-900, Piracicaba-SP, ou entre em contato com os pesquisadores CD Susana Abreu de Sousa Santos (22-99824258) ou Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim (19- 34125362).

Apenas para cumprir o protocolo legal de pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96) é necessário que você expresse seu consentimento por escrito no presente termo, como segue: Eu, _____, certifico que, tendo lido o acima exposto e suficientemente esclarecido(a), estou plenamente de acordo em participar da pesquisa respondendo o questionário e estou ciente de que os resultados obtidos serão publicados para difusão do conhecimento científico, porém sem individualizações.

Por ser verdade, firmo o presente.

Atenciosamente.

_____, _____ de _____ de 2005.

_____, _____ de _____ 2005

.....
Nome completo

.....
Assinatura

ANEXO 3



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



Nós, Susana Abreu de S. Santos e o Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim (orientador), responsáveis pela pesquisa intitulada “*Análise da organização da demanda e grau de satisfação do profissional e usuário nas unidades de serviço público odontológico do Município de Campos dos Goytacazes*”, solicitamos a colaboração, respondendo as seguintes perguntas:

Dentistas:

1- Qual a sua opinião sobre o agendamento de pacientes em sua unidade de trabalho?

a) organizado b) desorganizado, precisando de orientação para melhorar o atendimento

2- O agendamento é feito por:

a) dentista b) atendente c) gerente da unidade (administrador)

d) outros

3- Na sua opinião, qual o número de pacientes agendados que seria ideal para um bom atendimento?

a) até 8 (sem as urgências) b) até 15 (sem as urgências) c) até 10

4- Além dos pacientes agendados, quantos pacientes considerados de urgência poderiam ser atendidos sem prejudicar o bom atendimento

a) () até 4 b) () até 2 c) () deveria ter um turno a cada dia, só para as emergências

5- Qual o tipo de critério usado para agendar os pacientes na sua unidade?

- a) () prioridade para quem mora na região onde se encontra a unidade
- b) () dor, trauma
- c) () pacientes com alto risco de cárie
- d) () conhecimento do paciente com alguém da unidade pode facilitar a marcação (indicação)

6- Se o paciente apresenta como queixa principal dor ou trauma, ele deveria:

- a) () ser atendido na própria unidade, como urgência, pelo dentista que está atendendo aos pacientes agendados
- b) () ser encaminhado para a unidade que só faça urgência
- c) () ser atendido na própria unidade, porém por outro dentista que só faça este tipo de atendimento

7- Na sua opinião atrapalha o andamento do atendimento agendado, quando o dentista precisa parar para atender as urgências?

- a) () sim b) () não

8- Na sua opinião, se houvesse em sua unidade um dentista fazendo triagem utilizando critérios de risco e atendendo as urgências, organizaria melhor a demanda?

- a) () sim b) () não c) () talvez

9- A forma utilizada para o agendamento de pacientes na sua unidade é justa?

- a) () sim b) () não

10- Quantos dentistas trabalham na sua unidade?

- a) () 1 b) () 2 c) () 3 d) () 4 e) () 5 f) () mais

ANEXO 4



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



Nós, Susana Abreu de S. Santos e o Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim (orientador), responsáveis pela pesquisa intitulada “*Análise da organização da demanda e grau de satisfação do profissional e usuário nas unidades de serviço público odontológico do Município de Campos dos Goytacazes*”, solicitamos a colaboração, respondendo as seguintes perguntas:

Pacientes:

1- Foi fácil marcar consulta?

- a) () sim b) () não c) () regular

2- Procurou o atendimento por:

- a) () dor b) () rotina c) () aparência

3- Foi bem atendido pela pessoa que fez a marcação da consulta?

- a) () sim b) () não c) () regular

4- O dentista que o atendeu lhe deu atenção, explicando sobre seu tratamento?

- a) () sim b) () não

5- A sua marcação de consulta foi feita por:

- a) () dentista b) () atendente c) () administrador d) () outros

6- Na sua opinião o número de pacientes que o dentista atende

a) () é muito b) () é pouco c) () é normal

7- O dentista o atendeu com:

a) () indiferença b) () rapidez e impaciência c) () interessado pelo seu problema

8- Quanto tempo levou para marcar uma consulta?

a) () alguns dias b) () + de um mês c) () acima de dois meses

9- Está satisfeito com o tipo de atendimento?

a) () sim b) () não

10- Na sua opinião a marcação de consulta está organizada?

a) () sim b) () não