

CLÁUDIA SIMONE DA SILVA CABRAL

**A PERCEÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA GESTOR
DE UNIDADES DE PRONTO-ATENDIMENTO NO
MUNICÍPIO DE BELÉM DO PARÁ**

**Orientador: Professor Doutor Ricardo Figueiredo Pinto
Co-Orientadora: Professora Doutora Maria Isabel Alves Duarte**

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Ciências Económicas e das Organizações**

Lisboa

2015

CLÁUDIA SIMONE DA SILVA CABRAL

**A PERCEÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA GESTOR
DE UNIDADES DE PRONTO-ATENDIMENTO NO
MUNICÍPIO DE BELÉM DO PARÁ**

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias no dia 03/06//2015, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação nº209/2015, de 06 de Maio, com a seguinte composição:

Presidente: Professor Doutor António Augusto Teixeira da Costa

Arguente: Professor Doutor Mário Fernando Carrilho Negas

Orientadora: Professora Doutora Maria Isabel Alves Duarte

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Ciências Económicas e das Organizações**

Lisboa

2015

“A dor muda as coisas, e dependendo de como
você encara, te muda e te deixa mais forte.”

Rosmary Krasinski

A **Deus**, que me sustenta sempre,
e a confiança que tenho Nele me mantém
com uma fé inabalável de que tudo dará
certo, apesar de todas as dificuldades.

Aos meus pais, **Fatinha** e **Cabral**,
toda admiração, amor e respeito pela importante
base de educação que tive em minha
formação moral, ética e familiar.

Ao meu esposo **Geraldo** por todo amor,
cuidado e apoio incondicional durante o
desenvolver da minha vida profissional.

Às minhas amadas herdeiras **Brenda** e **Marianna**
por entender todas as ausências no decorrer deste
curso, seus sorrisos me dão força, garra e energia para
viver cada dia e agradecer por tê-las como filhas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus**, por ter plena saúde para realizar minhas conquistas pessoais.

À minha **família**, por todo apoio, compreensão e amor que recebo todos os dias.

A todos os meus **professores**, desde a mais básica formação até a conquista desta etapa pelos seus ensinamentos e contribuição em minha jornada acadêmica.

Ao professor **Oscar Pessoa**, por sua contribuição em valiosas dicas e caminhos a seguir.

Ao mestre **Jorge Nogueira**, pela paciência, interesse e sua boa vontade em contribuir com sua experiência e profundo conhecimento no assunto atendimento em emergência odontológica.

Ao orientador Dr. **Ricardo Figueiredo Pinto**, em me conduzir por caminhos muitas vezes obscuros no ramo da Gestão, mas que se clarificaram ao longo desta jornada.

Às minhas amigas e companheiras **Andréa Sisnando**, por sua admirável luta e força de vontade e **Adriana Lisboa**, pelos conhecimentos, incentivos e amizade que desenvolvemos no curso.

Ao professor **Divaldo Martins**, por seus precisos conhecimentos aplicados na metodologia.

À minha fiel escudeira e amiga **Daniele Gomes**, pela sua dedicação aos nossos pequenos pacientes.

Aos **diretores** e **gestores** das instituições participantes por contribuir para o desenvolvimento deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo geral identificar se existe na prática a aplicação da gestão nas unidades de pronto-atendimento odontológico e perceber o modo como os cirurgiões-dentistas gestores direcionam essa prática no gerenciamento das unidades que atuam no segmento de pronto-atendimento na instituição em que trabalham. A metodologia utiliza a aplicação de questionário aos gestores de 11 instituições que atuam nas esferas pública, privada e instituições militares no município de Belém do Pará, Brasil. O objetivo secundário da pesquisa é verificar se a aplicação da gestão influi na condução do funcionamento diário da instituição, abordando os aspectos do acesso dos usuários, planejamento estratégico e gestão dos recursos humanos, utilização de protocolos, controle social e se propõe a analisar de que modo esta rotina está sendo conduzida pelos gestores para, de acordo com a necessidade, sugerir alguns ajustes com a finalidade de proporcionar um melhor atendimento dos usuários resultando na fluidez da prestação do serviço e baseado nos resultados obtidos conclui-se que os gestores utilizam a gestão, mas que as estratégias adotadas merecem um olhar mais crítico e profundo para a contínua melhoria da prestação de serviço que almeja um nível de excelência.

Palavras-chave: Gestão; odontologia; urgência e emergência.

ABSTRACT

This work has the objective to identify whether there is in practice the application of management in units of dental emergency care and realize how managers dentists direct this practice in the management of the units operating in the emergency care segment in the institution where they work. A methodology uses the application questionnaire to managers of 11 institutions operating in the public sphere, private and military institutions in the city of Belem do Para, Brazil. The secondary objective of the research is to verify that the application of management influences the conduct of the daily functioning of the institution, tackling the access of users, strategic planning and human resources management, use of protocols, social control and aims to analyze that this routine mode is being conducted by managers to, according to the need, suggest some adjustments in order to provide better service users resulting in the fluidity of providing the service and it is concluded that managers use management, but that the adopted strategies deserve a more critical and thorough look at the continuous improvement of service delivery that aims to a level of excellence.

Keywords: Management; dentistry; emergency care.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CD	- Cirurgião-Dentista
CEMO	- Centro de Especialidades Médicas e Odontológicas
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CNE	- Conselho Nacional de Educação
CONEP	- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CRO	- Conselho Regional de Odontologia
ESF	- Estratégia Saúde da Família
EVA	- Escala Visual/Verbal Numérica
EVD	- Escala de Faces de Dor
EVN	- Escala Visual Numérica
GM	- General Motors
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INMETRO	- Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia
IPAMB	- Instituto de Previdência e Assistência do Município de Belém
SEBRAE	- Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SISNEP	- Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos
SUS	- Sistema Único de Saúde
SESMA	- Secretaria Municipal de Saúde de Belém
MC	- Manutenção Corretiva
MP	- Manutenção Preventiva
MS	- Ministério da Saúde
PNSB	- Política Nacional de Saúde Bucal

Índice de Quadros

Quadro 1 - Atribuições do SUS.....	25
Quadro 2 - Regras para Melhorar o atendimento e eliminar Filas	29
Quadro 3 - Característica de um gerente democrático e de um autoritário	39

Índice de Figuras

Figura 1 -	Processo de formação da fila	28
Figura 2 -	Escala visual/verbal numérica	32
Figura 3 -	Escala visual analógica	32
Figura 4 -	Escava visual de dor	33
Figura 5 -	Descrição da amostra quanto ao gênero dos gestores entrevistados	51
Figura 6 -	Descrição da amostra quanto ao estado civil dos gestores entrevistados	52
Figura 7 -	Descrição da amostra quanto à faixa etária dos gestores entrevistados	53
Figura 8 -	Descrição da amostra quanto ao acesso dos usuários ao serviço	54
Figura 9 -	Descrição da amostra quanto ao sistema de funcionamento das unidades de urgência e emergência nos plantões	55
Figura 10 -	Descrição da amostra quanto à existência de uma estratégia definida para a realização das atividades diárias do setor	56
Figura 11 -	Descrição da amostra quanto a existência de um planejamento estratégico na gestão	58
Figura 12 -	Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores de sua participação na elaboração no planejamento estratégico da instituição	59
Figura 13 -	Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores acerca da clareza e sistematicidade da aplicação do planejamento estratégico da instituição	59
Figura 14 -	Descrição da amostra quanto à ocorrência de tentativas de implantação de estratégias na administração institucional	60
Figura 15 -	Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores a cerca do uso de meios de controle na administração da instituição	61
Figura 16 -	Descrição da amostra quanto à adequação dos instrumentos de controle usados na instituição	61
Figura 17 -	Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores acerca da facilidade de entendimento pelos executores dos controles usados na instituição	62
Figura 18 -	Descrição da amostra quanto à existência de uma coordenação hierárquica na instituição	63
Figura 19 -	Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores a cerca da realização de estatísticas de controle na instituição	63
Figura 20 -	Descrição da amostra quanto à frequência de registro dos dados da instituição	64
Figura 21 -	Descrição da amostra quanto à periodicidade de manutenção dos equipamentos da instituição	64
Figura 22 -	Descrição da amostra quanto à participação dos funcionários na elaboração de sugestões para a melhoria do atendimento da instituição	66
Figura 23 -	Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores acerca do espírito de equipe entre os funcionários da instituição	67
Figura 24 -	Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores sobre a compreensão dos funcionários da instituição sobre a coordenação	67

Figura 25 - Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores da participação dos colaboradores no processo de opinião e sugestão dos programas institucionais	68
Figura 26 - Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores	68
Figura 27 - Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores sobre o favorecimento no trabalho por conta do relacionamento com os colegas da instituição	69
Figura 28 - Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores sobre a existência de um protocolo padrão de atendimento na instituição	70
Figura 29 - Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores sobre adoção de um protocolo de atendimento em fichas específicas na instituição	71
Figura 30- Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores sobre a dificuldade de relatar a dor do paciente	72
Figura 31 - Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores de que os pacientes são orientados na instituição	73
Figura 32 - Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores sobre a qualificação dos administradores para gerir	74
Figura 33 - Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores acerca dos incentivos aos colaboradores para se atualizarem com frequência	75

Índice de Tabelas

Tabela 1 -	Características descritivas (absoluta e relativa) e comparação das prevalências (qui-quadrado)	51
Tabela 2 -	Características do acesso ao atendimento na visão dos gestores (absoluto e relativo) e comparação das prevalências (qui-quadrado)	53
Tabela 3 -	Características descritivas relacionadas ao planejamento e manutenção na visão do gestor (absoluto e relativo) e comparação das prevalências (qui-quadrado)	57
Tabela 4 -	Características descritivas relacionadas ao aspecto de gestão participativa e integração da equipe na visão do gestor (absoluto e relativo) e comparação das prevalências (qui-quadrado)	65
Tabela 5 -	Características descritivas relacionadas ao aspecto do atendimento clínico e dos protocolos na visão do gestor (absoluto e relativo) e comparação das prevalências (qui-quadrado)	70
Tabela 6 -	Características descritivas relacionadas ao aspecto do controle social e do encaminhamento na visão do gestor (absoluto e relativo) e comparação das prevalências (qui-quadrado)	72
Tabela 7 -	Características descritivas relacionadas ao aspecto de treinamento e da educação continuada da equipe na visão do gestor (absoluto e relativo) e comparação das prevalências (qui-quadrado)	73

Índice Geral

Introdução	14
Capítulo 1 - Revisão da Literatura	18
1.1 - Gestão Geral	18
1.1.1 - O Plano de Negócios	18
1.1.2 - Planejamento Estratégico	21
1.1.2.1 - Modelos de Planejamento Estratégico	22
1.1.3 - A Questão da Liderança	23
1.2 - Gestão em Saúde	23
1.2.1 - Gestão em Saúde Pública	24
1.2.1.1 - O Sistema Único de Saúde – SUS	24
1.2.1.2 - Competências do SUS	25
1.2.1.3 - Serviço Odontológico pelo SUS	25
1.2.1.4 - Histórico da Estratégia Saúde da Família	26
1.2.1.5 - Unidades de Pronto-Atendimento	27
1.2.1.6 - Rotina de Unidades de Pronto-Atendimento Odontológico	27
1.2.1.7 - Identificação dos Procedimentos Odontológicos Realizados na Urgência/ Emergência	29
1.2.1.8 - Registros no Prontuário de Atendimento	30
1.2.1.9 - O Uso da Escala de Dor	31
1.2.1.10 - O Absenteísmo de Causa Odontológica	34
1.2.2 - Gestão em Saúde Privada	35
1.3 - A Formação do Cirurgião-Dentista	37
1.3.1 - A Divisão do Trabalho entre Gerência e Execução	38
1.3.2 - As Habilidades Gerenciais Básicas	39
1.3.3 - Alguns Atributos Desejáveis na Gerência	39
1.3.4 - Manutenção Preventiva para Equipamentos Odontológicos	40
1.3.4.1 - Tipos de Manutenção	40
1.4 - Gestão da Qualidade	41
1.4.1 - Fatores Culturais de Resistência às Mudanças	43
1.4.2 - Proposta de um Protocolo para Atendimento de Emergências Odontológicas	44
Capítulo 2 – Metodologia	47
2.1 - Caracterização do Estudo	47
2.2 - Seleção da Amostra	47
2.3 - Critérios de Inclusão e Exclusão	48
2.4 - Instrumento de Coleta de Dados	48
2.5 - Coleta de Dados	49

2.6 - Tratamento e Análise de Dados	49
2.7 - Aspecto Ético	49
2.8 - Riscos e Benefícios	50
Capítulo 3 - Resultados e Discussão	51
Conclusão	76
Referências Bibliográficas	77
Índice Remissivo	82
Apêndice I - Questionário Perspectiva do Gestor	83
Apêndice II - Modelo da Carta de Apresentação do Projeto de Pesquisa para Dissertação de Mestrado na ULHT	86
Apêndice III - Termo de Aceite das Instituições Co-Participantes	87
Apêndice IV - Termo de Aceite do Orientador	88
Apêndice V - Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	89
Anexo 1- Folha de Rosto da Plataforma Brasil	91

Introdução

A Odontologia, assim como vários outros cursos pertencentes às ciências da saúde, percorreu várias etapas no decorrer do tempo, até o aparecimento de escolas especializadas na prática odontológica, chegando à Fase Científica. A história da Odontologia, em seus primórdios não pode ser tratada separadamente, uma vez que está interligada com o desenvolvimento das ciências médicas. As grades curriculares dos cursos de graduação das áreas da saúde sempre enfatizaram o aprimoramento técnico de seus alunos, deixando uma grande lacuna para este em relação à gestão quando se depara com o mercado de trabalho. Devido a não-existência da disciplina de Gestão na graduação da grande maioria das universidades brasileiras, ou as que possuem não a fazem com uma abordagem profunda e completa, a gestão da rotina de um consultório odontológico, se desenvolve na maioria das vezes através de decisões intuitivas e sensibilidade do dentista, constituindo assim uma estratégia emergente, não deliberada (Whittington, 2002). Este profissional recém-formado para o exercício da profissão no seu ambiente de trabalho precisará contratar alguém para a função específica de gestor, principalmente se for uma grande clínica ou hospital para o controle da gestão, mas a realidade é que a maioria dos profissionais autônomos cuidam de seus consultórios sozinhos, e buscam estes conhecimentos que se fazem necessários através do aprimoramento em forma de educação continuada, impulsionada pelo interesse no gerenciamento da rotina do consultório.

Planejar significa que os gestores pensam antecipadamente em seus objetivos e ações, e que seus atos sejam baseados em algum método, plano ou lógica e não em palpites ou intuições.

Qualquer organização do setor de serviços tem uma complexidade que necessita de todas as áreas funcionais da gestão além da sua finalidade específica. (Ribas, Siqueira & Binotto, 2010). Segundo estes autores uma das maiores dificuldades encontradas pelo cirurgião-dentista é a gestão operacional-financeira de seu consultório.

A necessidade do desenvolvimento de competências que aparentemente não fazem parte da profissão, mas que para o exercício no dia-a-dia serão exigidas para a prática da rotina de seu exercício profissional, seja no âmbito público, mesmo como funcionário concursado o cirurgião-dentista (CD) pode ocupar um cargo que exija um controle gerencial de um setor, e principalmente quando opta pelo exercício autônomo da profissão como gestor de seu próprio negócio (Ribas et al, 2010).

O planejamento em saúde não exclui um bom sistema de gerência, para que seja garantida a real implantação do plano elaborado (Campos, 1998).

O gerenciamento de pronto-socorro odontológico exige adicionalmente a capacidade de liderança entre outras habilidades, pois o trabalho ocorre com a formação de uma equipe em que os profissionais revezam-se em plantões ou permanecem de sobreaviso, entre outras competências exigidas estão: o gerenciamento de pessoas que fazem parte da equipe, a manutenção de equipamentos para sempre permanecer em condições de pronto-atendimento, característica imprescindível para a prestação de um serviço de qualidade ao usuário que precisa ser atendido em caráter de urgência, onde o tempo influi bastante no alívio do desconforto.

A relevância do estudo para saber sobre a aplicação da gestão pelos Cirurgiões-Dentistas (CDs) se dá por que a maioria das iniciativas do setor é “individual e amadora” (Junqueira, 2006), associada ao fato de que a questão da gestão de negócios direcionados a prestação dos serviços de saúde está quase sempre nas mãos de profissionais da saúde, seja no consultório autônomo ou em instituições, e muitas vezes não receberam a qualificação adequada para gerencia-los. A pesquisa qualitativa se revela como a possibilidade de compreensão em profundidade dos significados e, a partir desses, a busca pela interpretação dos fenômenos sociais que envolvem os grupos humanos (Toledo & Guerra, 2009).

A dificuldade na Gestão relatada na literatura pelos profissionais envolvem questões de formação acadêmica, principalmente os mais antigos atuando no mercado de trabalho, alguns demonstram até um interesse em fazer curso específico, mas acham que teriam um investimento alto, outros relatam a falta de tempo como um empecilho para uma maior dedicação às questões da gestão do consultório (Ribas et al, 2010).

A literatura que aborda a gestão de negócios de serviços odontológicos possui um número considerado ainda pouco expressivo no que se refere a questões estratégicas e a maioria é voltada para a saúde pública, sem a abordagem de instituições privadas neste segmento, e quando a abordagem envolve atendimento de emergências odontológicas restringe-se mais ainda, deste modo espera-se que este estudo venha contribuir para o aprofundamento dessas questões na Odontologia para uma melhor eficiência e eficácia operacional dos profissionais. A escolha do tema surgiu por conta da experiência em serviços de urgência desde a época de estudante, como acadêmica de Odontologia num importante serviço do município, o Pronto Socorro Municipal e posteriormente servindo nas forças

armadas como oficial dentista e atualmente trabalhando em consultório particular atendendo eventuais casos.

A ampliação do acesso a este tipo de atendimento merece uma atenção especial, uma vez que o número de unidades em relação à população ainda é reduzido, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população estimada do município de Belém do Pará em 2014 é de 1.432.844 habitantes e as unidades de atendimento emergencial de Odontologia foi de uma amostra de 11 unidades, esta deficiência aponta a necessidade de uma estruturação adequada para atender a grande demanda da população e esta competência em gestão é fundamental para ampliação da rede de unidades e para que sua funcionalidade seja eficiente e contribua para a efetividade do serviço oferecido ao usuário, no caso atendimento envolvendo dor que desestrutura tanto o indivíduo e seus familiares do ponto de vista físico e emocional.

Pelo extenso conteúdo dos assuntos da Gestão, foram abordados os temas direcionados ao assunto do trabalho, que pela vivência prática se encaixam na rotina da prestação de serviços de saúde, especificamente no ramo da Odontologia.

Para um entendimento mais claro a respeito do assunto está presente a introdução que aborda a questão da gestão nas áreas de saúde e sua tardia inserção na formação destes profissionais ao despertar para sua importância ao adentrar no mercado de trabalho para exercê-la plenamente e a seguir o Capítulo 1 que contém a revisão bibliográfica relacionada e relevante para a compreensão do assunto encontrada na literatura, abordará as questões pertinentes ao assunto da Gestão, com enfoque na Gestão em Saúde Pública com destaque para o Sistema Único de Saúde e sua abrangência na Saúde Bucal, a rotina de unidades de pronto socorro odontológico, a dor, o absenteísmo de causa odontológica, Gestão Privada, Diretrizes Curriculares do curso de Odontologia, competências e habilidades do gestor na Odontologia, planejamento estratégico e áreas da administração aplicáveis na rotina de unidades de atendimento de urgência para perceber o universo deste gestor Cirurgião-Dentista (CD) no local de trabalho e suas atribuições. Esses assuntos contemplam informações que ajudam a elucidar o objetivo principal que é identificar se existe a aplicação da gestão nas unidades de emergência odontológica e analisar de que modo esta rotina está sendo conduzida pelos gestores.

No Capítulo 2 a proposta será detalhada com o planejamento da execução do projeto, iniciando com a pesquisa, descoberta e escolha dos locais que oferecem o serviço de atendimento de emergência odontológica no município de Belém do Pará, foram selecionadas

11 unidades entre instituições públicas, particulares e militares, seguiu-se a elaboração da parte burocrática com encaminhamento de ofícios e pré-projeto à direção das instituições para o aceite de participação e a espera de autorizações para a execução da metodologia proposta através de questionário aplicado aos gestores abordando os aspectos de acesso e atendimento dos usuários do serviço, o planejamento e manutenção de rotinas, a gestão participativa e integração da equipe, o atendimento clínico e protocolos da instituição, o controle social e encaminhamento e o treinamento e educação continuada da equipe para perceber a aplicação da gestão na rotina da organização onde o cirurgião- dentista gestor atua.

O Capítulo 3 mostra os resultados da aplicação do instrumento de coleta de dados do tipo questionário preenchidos pelos CDs gestores abordando os aspectos descritos anteriormente e a discussão destes resultados visando perceber se há aplicação na rotina da instituição e reconhecer a importância dessa gestão aplicada na rotina de trabalho de unidades de pronto-atendimento para a resolutividade dos problemas apresentados pelos usuários do serviço de urgência com a eficiência e rapidez esperada .

A conclusão de que a gestão é utilizada e aplicada pela significativa maioria dos gestores nas unidades de pronto-atendimento no município de Belém do Pará demonstra que o setor da Odontologia que atua no segmento de emergência está cada vez mais empenhado em se fazer valer das estratégias e processos de gestão e os resultados sugerem que estes processos merecem ser aprofundados e executados com reavaliações periódicas para que a retroalimentação das informações resulte numa melhoria contínua e eficiente na prestação de serviço.

Capítulo I - Revisão da Literatura

1.1 - Gestão Geral

O processo de gestão em qualquer unidade, seja pertencente à gestão pública ou à gestão privada, compõe das seguintes funções: planejamento, direção, organização e controle. No entanto, por maior que tenha sido o esforço de planejar, dirigir, e organizar, nem sempre os resultados obtidos revelam o alcance do desempenho esperado. (Araújo & Fernandes, 2012).

Esta provocação inicial tem por finalidade nos encaminhar à reflexão sobre como os resultados se apresentam conquanto pensemos em todo o processo de execução e consecução de um determinado objetivo traçado em uma dada instituição, seja pública ou privada. Tem também o objetivo de buscar nos encaminhar para a discussão acerca da quebra de um paradigma formulado em um “pré-conceito” acerca da função controle, tendo em vista o que nos informa o censo comum quando expressa que: “ninguém gosta de ser controlado”.

A questão se resolve quando da análise das visões ou conotações, uma positiva e outra negativa, acerca do controle, citadas por diversos autores, entre eles Bugarin, Vieira & Garcia (2003) e Holanda & Vieira (2009): na visão positiva, o controle tem a capacidade de fazer com que as coisas ocorram como se deseja, como foi previsto ou planejado: já no que concerne a visão negativa, o controle é impeditivo, impossibilita que as pessoas ajam segundo seus interesses ou façam o que bem entendem; por assim dizer é uma instância fiscalizadora que impõe limites ao agir.

Segundo Ribeiro Filho (2006) as ações de controle passam a ter um maior alcance transformando-se em ações de mudança na gerência dos recursos disponíveis e não apenas ações identificadoras de erros. Suas técnicas não podem ser meros instrumentos de verificação de dispositivos legais, mas necessariamente devem buscar compreender a missão das instituições, seus indicadores de gestão, seus objetivos e seus resultados.

1.1.1 - O Plano de Negócios

O plano de negócios é uma ferramenta de gestão de empresas de qualquer porte, muito utilizado por quem está planejando um novo negócio e também por quem já tem uma empresa em funcionamento. Ele tem a finalidade de proporcionar informações para uma boa tomada de decisão (Cartilha CRO-Sebrae, 2014).

O plano pode ser desenvolvido de várias maneiras, segundo a Cartilha CRO-Sebrae, (2014) mas em sua essência responderá as seguintes perguntas:

“Quem comprará os serviços? Por quê?
 Onde estão localizados os meus potenciais clientes?
 Com qual frequência irão utilizar meus serviços?
 Como influenciara na escolha do cliente, respeitando o código de ética?
 Quais as necessidades dos clientes serão atendidas pelos produtos e serviços?
 Quem são os concorrentes do negócio? Onde se localizam? Quais são seus pontos fortes e fracos?
 Quem são os parceiros da clínica? O que eles oferecem?
 Quais os diferenciais oferecidos ao mercado pela clínica?
 Quais os produtos e serviços a serem oferecidos?
 Quais processos deverão existir para o pleno funcionamento da clínica?
 Como funciona cada processo?
 Quais equipamentos deverão fazer parte dos processos?
 Qual o perfil de pessoal para cada atividade da clínica?
 Como identificar e selecionar a equipe de trabalho?
 Qual a previsão de gasto inicial?
 Existe disponibilidade de todos os recursos?
 Será necessário investimento extra?
 Será uma sociedade? Qual o perfil, o papel e as necessidades dos sócios?
 Como estabelecer os preços dos produtos e serviços?
 Quem são os fornecedores?
 Onde se localizam? Quais as condições de comercialização?
 Qual a quantidade mínima de produtos ou serviços que deverão ser comercializados?
 Quais os gastos existentes no negócio?
 Como organizar o fluxo de caixa?
 Quais os meios de comunicação adequados com este mercado? Quanto custa? Qual o retorno? Com que frequência deverão ser utilizados?
 Como fazer com que os produtos ou serviços cheguem aos clientes? Quais os custos?
 Qual o local adequado para a instalação do negócio? Por quê?
 Existem aspectos legais que influenciam a localização?
 Quais os aspectos legais que deverão ser considerados para a implementação da clínica?
 Quais os impostos e contribuições que incidem sobre o negócio?
 Qual o lucro líquido esperado?
 Em quanto tempo o investimento retorna?
 As necessidades dos sócios foram atendidas?”

Depois de respondidas as questões, as mesmas poderão ser organizadas em um relatório, que se constituirá no referencial para tomadas de decisões gerenciais da clínica.

As formas de atuação neste ramo de atividade mais comuns são autônomos ou sociedades: se CD pretende abrir uma clínica odontológica, poderá atuar com um ou mais sócios, ou individualmente, sem sócio. Se preferir assumir os riscos do negócio sozinho, deverá se

registrar como AUTÔNOMO. Porém, se optar por montar o empreendimento com outra pessoa, compartilhando os riscos do negócio, deverá constituir uma SOCIEDADE SIMPLES.

Segundo a definição da Lei nº 8.212/91 - Art. 12, inciso V, alínea “h”: Autônomo: é a pessoa física que exerce por conta própria atividade econômica de natureza urbana, com fins lucrativos ou não.

Para Brito (2013, p.237):

“Sociedade simples são sociedades de duas ou mais pessoas que exploram a atividade de prestação de serviços decorrentes de atividades intelectuais, ou seja, de natureza essencialmente não mercantil, onde para a execução de seu objetivo, os sócios exerçam profissão intelectual, de natureza científica, literária ou artística, mesmo que para a execução necessitem de auxiliares ou colaboradores”.

O registro como AUTÔNOMO deverá ser obtido na Prefeitura local onde o profissional irá obter o Cadastro Municipal de Contribuinte (CMC) e também na Previdência Social como contribuinte individual. O registro da SOCIEDADE SIMPLES, deverá ser obtido no Cartório de Registro das Pessoas Jurídicas é o que orienta Souto (2008).

A maioria das teorias e conceitos aplicados na gestão se adéqua para a prestação de serviços de saúde públicos ou privados, a seguir o trabalho abordará entre muitos conceitos os que melhor se propõe ao tema da pesquisa.

Para Chiavenatto (2004, p.228):

“As funções do gestor segundo Fayol são:

- a) Previsão: Avalia o futuro e o provisionamento dos recursos em função dele.
- b) Organização: Proporciona tudo o que é útil ao funcionamento da empresa e pode ser dividida em organização material e organização social.
- c) Comando: Leva a organização a funcionar. Seu objetivo é alcançar o máximo retorno de todos os empregados no interesse dos aspectos globais do negócio.
- d) Coordenação: harmoniza todas as atividades do negócio, facilitando o seu trabalho e sucesso. Sincroniza coisas e ações em proporções certas e adapta meios aos fins visados. O objetivo é localizar as fraquezas e erros no intuito de retificá-los e prevenir a recorrência.
- e) Controle: Consiste na verificação para certificar se tudo ocorre em conformidade com o plano adotado, as instruções transmitidas e os princípios.”

Considerando que o mercado de trabalho na odontologia é muito competitivo, a qualidade da atuação profissional relacionada à área odontológica juntamente com os processos que envolvem a gestão, desde a infra-estrutura, inovação, atendimento ao cliente,

preços, enfim questões que merecem ser analisadas para a estrutura oficial do negócio (Ribas et al, 2010).

A globalização das informações leva os clientes a se tornarem cada vez mais exigentes e a visão desse cliente vai depender da competência desse profissional de saúde como gestor, pois o crescimento e sucesso de seu empreendimento estão diretamente ligados com o desenvolvimento de habilidades e competências da área da gestão (Ribas et al, 2010).

Uma particularidade que limitava a aquisição de novos pacientes pelos cirurgiões-dentistas era a proibição pelo Código de Ética Odontológica de qualquer tipo de propaganda que visasse o aliciamento de clientes, como ferramentas de marketings tradicionais utilizados em outras atividades, como por exemplo, anúncio em rádio, tvs, panfletagem e meios publicitários como jornais, revistas, assim a indicação de novos clientes só era possível através da indicação dos clientes que já eram atendidos. Com o aprimoramento do Código de Ética em 2012 essa situação já permite alguma divulgação em veículos de mídia obedecendo à legislação vigente no novo Código de Ética desde a Resolução CFO-118/2012 (CFO, 2012).

1.1.2 - Planejamento Estratégico

O planejamento é um processo desenvolvido para o alcance de uma situação desejada de um modo mais eficiente, eficaz e efetivo, com a melhor concentração de esforço de recursos pela empresa (Oliveira, 2001).

Considerando os grandes níveis hierárquicos de decisões dentro de uma organização pode-se distinguir três tipos de planejamento: o planejamento estratégico, o tático e o operacional

O planejamento estratégico é conceituado como um processo gerencial que possibilita ao gestor estabelecer o rumo a ser seguido pela instituição com vistas a obter um nível ótimo de relacionamento empresa e o ambiente. É de responsabilidade dos níveis mais altos da instituição e é responsável pela formulação de objetivos, cursos de ação a serem seguidos levando em conta às condições externas e internas e evolução da instituição.

O planejamento tático tem como finalidade a utilização eficiente de recursos disponíveis para a consecução de objetivos previamente fixados, seguindo uma estratégia pré-determinada, seu desenvolvimento é feito em níveis organizacionais inferiores. Para Sertek (2007) possibilita a identificação do que deve ser realizado e de que maneira deve ser

executada as ações e projetos futuros da organização, é possível enumerar informações para a tomada de decisão de forma preventiva e pró-ativa de seus gestores.

O planejamento operacional pode ser considerado a formalização, através da formulação de documentos, metodologias de desenvolvimento e implantação estabelecidas.

Drucker (1977) em seu livro *Introdução a Administração* define, o que não é planejamento estratégico:

- a) Não é uma caixa de mágicas nem um amontoado de técnicas - quantificar não é planejar;
- b) Não é previsão - ele se faz necessário por não se ter a capacidade de prever;
- c) Não opera com decisões futuras - ele opera com o que há de futuro nas decisões presentes
- d) Não é uma tentativa de eliminar o risco - é fundamental que os riscos assumidos sejam os riscos certos.

Fischmann & Almeida (1991, p.127) propõem uma definição ampla onde:

“Planejamento estratégico é uma técnica gerencial que, através da análise do ambiente de uma organização, cria a consciência das suas oportunidades e das ameaças, dos seus pontos fortes e fracos, para o cumprimento da sua missão e, através desta consciência, estabelece o propósito de direção que a organização deverá seguir para aproveitar as oportunidades e evitar ameaças”.

1.1.2.1 - Modelos de Planejamento Estratégico

Na literatura de gestão estratégica de empresas existem muitos modelos de planejamento estratégico. Segundo Lorange & Vancil (apud Oliveira 2001) não existe um modelo universal de planejamento estratégico, uma vez que as instituições diferem em tamanho, organização, modelo de gestão e ambientes em que estão inseridas.

Dentre esses vários modelos de planejamento estratégico que podem divergir em relação à sequência de fases e nível de detalhamento dado a cada atividade, pode-se identificar pontos comuns:

- Estabelecimento de objetivos e estratégias;
- Análise do ambiente competitivo (oportunidade e ameaças; forças competitivas);
- Análise de competências (pontos fortes e fracos);
- Estabelecimento de metas e planos de ação.

Estes aspectos comuns foram observados por Mintzberg (1998, p. 425), que resumiu da seguinte maneira:

"Existem centenas de modelos diferentes de planejamento estratégico, a maioria se reduz às mesmas idéias básicas: tome o modelo SWOT, divida-o em etapas muito bem delineadas, articule cada etapa com vários checklists e técnicas específicas e dê atenção especial para o estabelecimento de objetivos no início e para a elaboração de orçamentos e planos de ação no final".

1.1.3 - A Questão da Liderança

O *gerente*, *chefe* ou *supervisor* é o indivíduo que, em razão do controle acionário, de conhecimento técnico, de envolvimento político ou de confiança adquirida junto à direção da empresa ou outra instituição, é conduzido à posição de comando, coordenação de pessoas, funções ou projetos, independentemente das suas características de liderança.

Liderança é a característica que se espera do gerente, chefe ou supervisor, e que deve ser demonstrada na condução do processo produtivo, por meio do envolvimento e aproveitamento pleno da criatividade do grupo a ele subordinado, de modo a alcançar a satisfação de todos (Ribeiro, 2004).

1.2 - Gestão em Saúde

Nos dias atuais há a necessidade dos profissionais de saúde em superar o domínio tradicional da área técnica como, por exemplo: de enfermidades transmissíveis, vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental; a formação necessária e integral extrapola a incorporação do estudo dos processos de determinação ou do condicionamento histórico e social em saúde e ultrapassa o conhecimento da gestão e planificação de serviços, programas ou políticas. É imperativo que os profissionais sejam capazes de adequada interpretação do processo saúde, doença, cuidado e qualidade de vida atual para compor propostas de intervenção com a participação popular, abertas ao controle social, competentes para o planejamento, gestão de processos, organização e avaliação de sistemas e serviços, identificação de recursos tecnológicos, financeiros e intersetoriais mais eficazes e eficientes para fazer frente às realidades encontradas (Jorge, 2012).

O direcionamento do profissional formado na área da saúde pode ter sua trajetória no mercado de trabalho no âmbito público; através da inserção neste segmento do mercado de trabalho através de concursos ou contratos nas esferas públicas de governo, e neste caso fará parte da rede do Sistema Único de Saúde - SUS; ou privado quando este profissional opta

pelo caminho de empreender e gerenciar sua carreira na esfera privada e em muitos casos há a possibilidade de conciliação da jornada de trabalho em saúde pública e privada.

1.2.1 - Gestão em Saúde Pública

1.2.1.1 - O Sistema Único de Saúde - SUS

O atual modelo de prestação de serviços de saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde - SUS é resultado de um processo histórico de lutas do movimento sanitário brasileiro, intensificado a partir das décadas de 70 e 80, em consonância com as lutas pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira (Roncalli, 2003).

A proposta de uma transformação neste setor surgiu a partir de observações feitas quanto à total inadequação do modelo assistencial às necessidades de saúde da população. Isso ficou evidenciado por uma série de mudanças que necessitavam ocorrer nos mais diversos setores.

A influência da renda sobre o tipo de serviço utilizado é previsível: a opção pelos serviços públicos reflete uma grande dificuldade ou mesmo a falta de condições financeiras para o custeio dos serviços privados. A importância da renda como determinante do acesso aos serviços odontológicos no Brasil é reforçada na população adulta, pois esta tem sido historicamente desconsiderada pelo setor público na definição das prioridades de atenção à saúde bucal. Barros e Bertoldi (2002 apud Pinto et al, 2012) afirmam que:

“Com respeito à escolaridade, ela capacita o indivíduo para atividades que resultem em melhor renda – e por conseguinte – na maior capacidade do custeio dos serviços de saúde. Além disso, ela predispõe o indivíduo a uma maior consciência e valorização da saúde, ou seja, possibilita o acesso à informação, favorecendo atitudes e comportamentos que resultam em melhores condições de saúde, tais como prevenção e controle de doenças. Nesse aspecto, os serviços odontológicos públicos estão sendo utilizados por uma parcela da população com menos acesso à informações importantes para a preservação da saúde”.

Para Jorge (2012) as políticas públicas de descentralização do nosso sistema de saúde, são, sim, muito ricas e promissoras, mas trazem consigo a obrigação para o poder local de assumir um papel mais pró-ativo no processo de definição dos destinos do sistema, e sabe-se que os principais agentes planejadores são todos os profissionais inseridos no sistema imbuído de funções administrativas e gerenciais.

1.2.1.2 - Competências do SUS

De acordo com o artigo 200 da Constituição Federal de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) que cumpre nos termos da lei, entre outras atribuições:

Quadro 1 - Atribuições do SUS

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Fonte: Elaborado pela autora.

O SUS é um importante marco de referência do início da oferta de atendimento odontológico regular e em larga escala na rede pública de saúde. Universalidade, integralidade e equidade: a adoção dos princípios constitucionais do SUS implicou reconhecer a saúde bucal como parte indissociável da saúde geral, como dever do Estado e direito de todos (Antunes & Narvai, 2010).

Organiza-se o Sistema Único de Saúde - SUS, delimitado como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas e, complementarmente, pela iniciativa privada, que segue a mesma doutrina e princípios organizativos em todo o território nacional (Westphal & Almeida, 2001).

1.2.1.3 - Serviço de Urgência Odontológica pelo SUS

É garantido nos processos de Atenção Básica do SUS, o atendimento das urgências odontológicas, e também de promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde bucal, tendo o amparo legal pela- Portaria nº 2.488 MS/GM, de 21 de outubro de 2011, a qual faz parte da Legislação específica do SUS Lei nº 8.080.

Para os autores Ribeiro-Sobrinho, De Souza & Chaves (2008, p.369):

“Em princípio, o acesso aos usuários deveria ser garantido pelo SUS, porém pela grande extensão territorial e tamanho da população do Brasil e pela complexidade sócio-política do seu processo de implementação, o SUS tem encontrado, apesar disso, muitas dificuldades na ampliação. Nesse sentido, os serviços próprios de instituições, sejam elas públicas, militares, faculdades, cooperativas de trabalho odontológico, poderão contribuir para a melhoria da saúde bucal, prestando atenção odontológica a seus integrantes e dependentes.”

1.2.1.4 - Histórico da Estratégia Saúde da Família

No modelo de atenção à saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada como uma tática para a reorganização da prática de assistência e rompe com o paradigma da atenção individualista e curativa. Neste contexto, a atenção centrada na família e no ser humano, inserido e considerado em seu ambiente social, busca a intervenção nas necessidades de saúde além das práticas curativas, mantendo uma visão holística sobre os indivíduos. (Lourenção & Benito, 2010)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) mostrou-se em 1994 como uma iniciativa do Ministério da Saúde para a implementação da atenção primária em saúde e mudança do modelo de assistência adotado no Brasil, transformando o paradigma voltado às doenças, baseado no hospital, para o de promoção de saúde, prevenção de doenças e cuidado às doenças crônicas, baseado no território de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS). A ESF atualmente possui suporte de Equipes de Saúde Bucal e de Assistência Farmacêutica (www.einstein.com.br).

A saúde bucal no Brasil foi vinculada à Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio da Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. A integração tardia (6 anos depois) da saúde bucal na ESF representou a pouca preocupação, por parte dos governantes com a condição de saúde bucal da população brasileira. Historicamente, os brasileiros apresentam dificuldades de acesso à assistência odontológica. Somente no final da década de 80 é que os profissionais da Odontologia se motivaram para adotar um modelo de atenção voltado para a promoção de saúde.

Esses fatos históricos podem explicar, em parte, a demanda reprimida para os serviços odontológicos. E isso culmina pela procura dos serviços de urgência ofertados nas esferas públicas e privados. Entende-se por urgência odontológica, medidas imediatas que visam aliviar os sintomas dolorosos, infecciosos e/ou estéticos da cavidade bucal (Pinto et al, 2012).

A distribuição irregular do setor tem levado a uma oferta desigual dos serviços odontológicos, comprometendo assim o acesso aos serviços, especialmente da população

menos favorecida sócio-economicamente. Sugere-se a necessidade de maiores estudos para investigar a cobertura e distribuição dos serviços odontológicos, com a finalidade de contribuir para a definição de estratégias que culminem na melhoria do acesso da população a esse bem social. Em princípio, o acesso deveria ser garantido pelo SUS, mas a grande maioria dos usuários relata uma enorme dificuldade em conseguir uma consulta (Ribeiro-Sobrinho et al, 2008).

1.2.1.5 - Unidades de Pronto-Atendimento

Segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) do Ministério da Saúde, que orienta a ampliação e qualificação da atenção básica propõe a organização e desenvolvimento, dentre outras ações de implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento:

- a. “organizar o pronto-atendimento de acordo com a realidade local.
- b. avaliar a situação de risco à saúde bucal na consulta de urgência;
- c. orientar o usuário para retornar ao serviço e dar continuidade ao tratamento” (Brasil, 2004).

Quando o atendimento de emergência odontológica se localiza dentro ou vinculado a um hospital a intervenção ou procedimento é realizado pelo CD, e o paciente ou usuário geralmente já sai do local para a sua residência medicado, por dispor de meios mais rápidos de alívio de dor e desconforto, através de medicação injetável e facilidade de execução através de equipe multiprofissional no local: apoio de enfermeiras, auxiliar de enfermagem, médicos, farmacêuticos.

1.2.1.6 - Rotina de Unidades de Pronto-Atendimento Odontológico

O gestor do serviço coordena e supervisiona as atividades, mas o atendimento aos clientes é feito:

- por profissional que integra uma equipe, que obedece a uma *escala de serviço* ou *plantão*, que varia de 24 h, 12 h presencial, ou seja o profissional está no local onde vai ser prestado o atendimento ou *escala de sobreaviso*, ele é chamado ao local onde será prestado o atendimento. Como o custo é bastante elevado nos plantões, somente as

grandes instituições conseguem manter este tipo de serviço considerado o ideal, pois o cliente chega e é imediatamente avaliado e atendido.

- profissional autônomo ou clínica: geralmente obedece ao regime de *sobreaviso*, é chamado ao local de atendimento.

A maioria dos clientes são atendidos nos locais pela ordem de chegada, ou seja, gerando uma fila, um subproduto da burocracia segundo Ribeiro (2004), mas que é facilmente encontrável em várias situações do dia-a-dia das pessoas: em bancos, hospitais, restaurantes, cartórios e várias outras atividades.

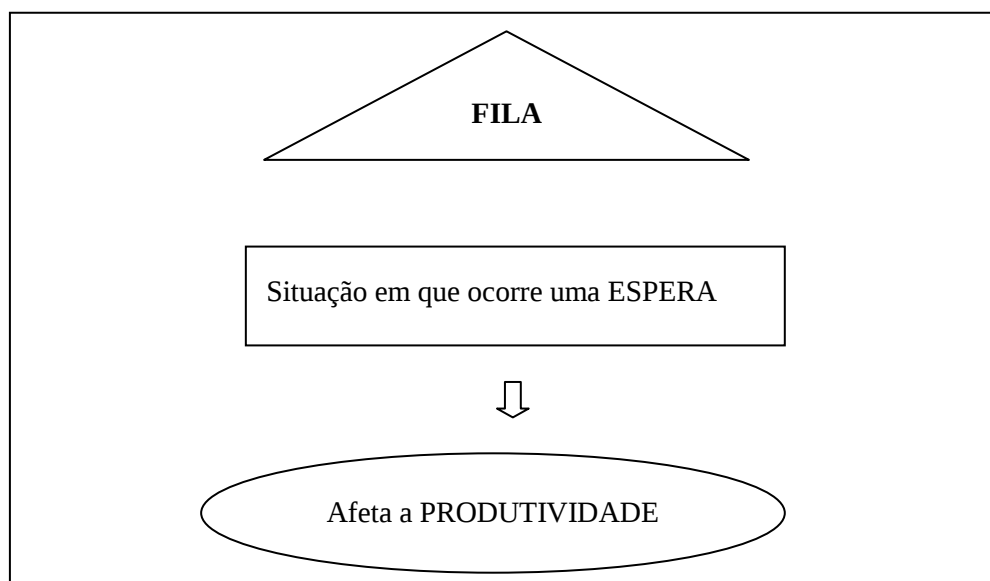


Figura 1- Processo de formação da fila
Fonte: Ribeiro (2004, p. 92).

O mesmo autor salienta que quanto maior a responsabilidade e urgência que o serviço requeira, maior se afigura a agonia de esperar; a isso vem se somar o acúmulo de compromissos e a constatação de que o tempo é exíguo, o que gera grande pressão e desconforto para as pessoas.

Os maiores obstáculos à eliminação das filas são:

- custos dos investimentos para melhorar a operação;
- falta de espaço;
- indolência de profissionais; e
- mentalidade burocrática.

Quadro 2 - Regras para melhorar o atendimento e eliminar filas

ACESSO: Coloque o serviço no local de mais fácil acesso.
EQUIPAMENTOS: Equipamentos fazem trabalho mais rápido que pessoas (e, às vezes, mais preciso)
MATERIAL: Tenha todo o material necessário à mão.
INSTRUÇÕES: Os atendentes devem receber instruções e treinamento padrão.
HORÁRIOS: Os horários precisam ser adequados ao volume de usuários e ao número de atendentes.
MONITORAMENTO: Acompanhe a fila, orientando os dados e as informações ao usuário, para agilizar.

Fonte: Ribeiro (2004, p. 93).

Com a valorização dos recursos humanos, segundo Chiavenato (1998, p.16-17):

“As pessoas deixam de ser problemas para as organizações e passam a ser soluções, deixam de ser o desafio para se tornar a vantagem, o diferencial para que as organizações possam ser realmente competitivas. As pessoas deixam de ser o recurso organizacional para se tornar o parceiro principal do negócio. É interessante para a instituição reter ou blindar seus talentos identificados, pessoas que gostam do que fazem e se dedicam ao seu ofício com esmero.”

É tarefa do gestor prover todo o funcionamento da clínica ou consultório de maneira impecável, acesso, compra de insumos, medicações, equipamento e material que será utilizado durante os plantões, pois o propósito de um serviço deste tipo é o atendimento do paciente no menor tempo possível para o alívio da dor ou desconforto.

Autores que têm estudado o processo de trabalho em saúde relacionam que o processo é resultado da combinação do objeto, dos instrumentos e do produto do trabalho, atendendo a finalidades colocadas para o desenvolvimento deste. O objeto de trabalho sempre será, de forma genérica, a matéria-prima a ser transformada, enquanto que os meios/instrumentos de trabalho são as ferramentas, representadas pelo saber operante, ou seja, pelo “saber fazer”, traduzido nos conhecimentos, habilidades, equipamentos utilizados para operar a transformação, e/ou atender as necessidades presentes que disparam o processo de trabalho. O trabalhador está aí incluído, com seus saberes, com sua força de trabalho empregada nesta dimensão do processo de transformação, enquanto agente que pode mobilizar ações (Kawata et al, 2013).

1.2.1.7 - Identificação dos Procedimentos Odontológicos Realizados na Urgência/Emergência

Para os clientes do serviço, a urgência está associada à ruptura do curso de vida; para profissionais de saúde, a urgência está relacionada ao tempo, proporcional ao prognóstico do cliente; para as instituições de saúde, a urgência está orientada à perturbação da organização

do serviço; e para o dicionário da língua portuguesa, urgência e emergência têm sentidos trocados ao conceito americano, tendo como **urgência** aquilo que não se pode esperar e **emergência** como agravo inesperado (Brasil, 2006), segundo Houassis (2010) a urgência seria o que exige atitude ou solução rápida, situação grave e prioritária e a emergência seria situação crítica ou perigosa.

Existem procedimentos que usualmente são os que têm um maior número de ocorrência nos serviços de urgências odontológicas e podemos citar os mais prevalentes, que são:

- Consulta odontológica de urgência;
- Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buço;
- Imobilização dentária em dentes decíduos e permanentes;
- Incisão e drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou fleimão da região buco-maxilofacial;
- Incisão e drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou fleimão da região buco-maxilofacial;
- Reimplante dentário de dente avulsionado com contenção;
- Recimentação de trabalhos protéticos: bloco, coroa, ponte e núcleo;
- Redução simples de luxação de articulação têmporo-mandibular (ATM);
- Sutura de ferida em região buco-maxilofacial;
- Pulpectomia;
- Pulpotomia.

Esses procedimentos geralmente envolvem o controle e a eliminação da dor, para um posterior tratamento, o qual necessitará ser realizado em consultório, com profissional especialista dependendo do caso clínico e estado geral de saúde do cliente.

Proporcionar o alívio da dor exige habilidade, conhecimento e acima de tudo compromisso com o cuidado.

1.2.1.8 - Registros no Prontuário de Atendimento

Uma grande preocupação atual tanto dos médicos quanto dos dentistas vem sendo a qualidade das anotações em prontuário. Esta preocupação é muito sadia e deve ser mantida, pois é um instrumento obrigatório de realização exigido pelos Conselhos de Medicina e Odontologia. (Código de Ética Odontológica, 2012).

Acima de tudo, as informações inerentes ao atendimento, principalmente nas urgências e emergências, não são diferentes dos procedimentos básicos, quase sempre são alvos de requisições de cópias. Neste sentido é sempre muito bom e recomendável o mais completo possível registro das ações e observações nos atendimentos. Preencher fichas de atendimento, emitir requisições de exames ou prescrever orientações, conduta e medicações, tudo deve estar bem registrado no prontuário.

1.2.1.9 - O Uso da Escala de Dor

De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (IASP) a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano atual ou potencial do tecido. Desta forma, em 1996, foi introduzida pela *American Pain Society*, como 5º sinal vital (Ciena, Gatto, Pacini, Picanço, Magno & Loth, 2008).

A dor é algo comum a todo ser humano, que possui suas singularidades e pontos-chave, sendo por vezes ativada por componentes psicológicos e subjetivos. Assim sendo, cada indivíduo reage a dor de forma diferente, levando também em consideração a intensidade da dor (Fortunato et al, 2013).

Tendo em vista que a dor é algo subjetivo e que cada pessoa se expressa de forma diferente, o primeiro desafio no combate à dor é sua mensuração. Neste intuito foram criadas diversas escalas a fim de verificar a intensidade da dor do indivíduo para que uma intervenção seja feita. No entanto, é preciso saber escolher a escala que melhor se enquadra ao cliente em questão.

O processo de avaliação da dor é amplo e envolve a obtenção de informações relacionadas à data de início, à localização, à intensidade, à duração e à periodicidade dos episódios dolorosos, às qualidades sensoriais e afetivas do cliente, aos fatores que iniciam, aumentam ou diminuem a sua intensidade. Sendo assim, o alívio da dor é um pré-requisito para que o paciente obtenha uma ótima recuperação e qualidade de vida.

As escalas devem dar subsídios ao profissional para que ele identifique as alterações presentes no cliente e use a intervenção adequada. Isso implica no fato de que o profissional deve estar bem treinado a fim de saber aplicar a escala e interpretá-la. Pois, muito mais do que apontar a alteração presente, este tipo de instrumento deve orientar as ações, objetivando sempre a melhora da condição do cliente.

A primeira delas é a escala visual/verbal numérica (EVN) que objetiva a mensuração da intensidade da dor, em contextos clínicos, em valores numéricos. O cliente deve estar consciente de seus pensamentos e ações e referir sua dor numa escala de zero a dez, sendo zero “nenhuma dor” e dez a “dor máxima imaginável” (Figura 1). Possui uma expressão de dor precisa e é de fácil utilização.

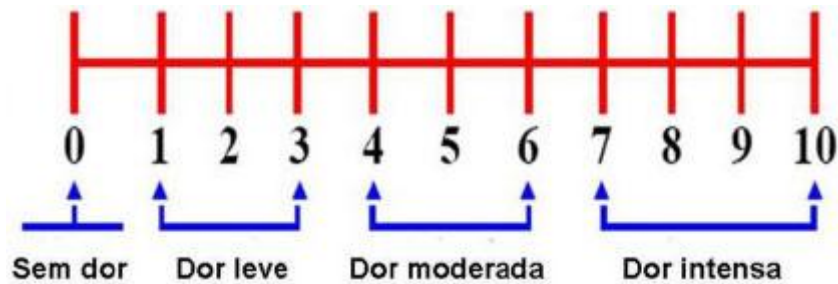


Figura 2 - Escala visual/verbal Numérica
Fonte: Google imagem

Esta escala não exige, obrigatoriamente, que haja contato visual do cliente com a escala, ou seja, ela pode ser simplesmente falada ao cliente, tornando-a simples para indivíduos analfabetos ou com dificuldade visual. Ressalta-se que é aplicável a clientes orientados e com boa capacidade cognitiva.

Outra escala citada é a escala visual analógica (EVA), que se assemelha à EVN; no entanto, deve obrigatoriamente haver o contato visual do cliente com a escala e ele deve ser capaz de apontar ou sinalizar ao examinador em que grau sua dor está. Pode ser uma régua numérica com dez centímetros, dividida em dez espaços iguais, sendo apresentada de forma simples, ou pode possuir um apelo visual com cores, mas é importante que o cliente entenda que uma extremidade indica “sem dor” e que a outra indica “dor máxima” (Figura 3).

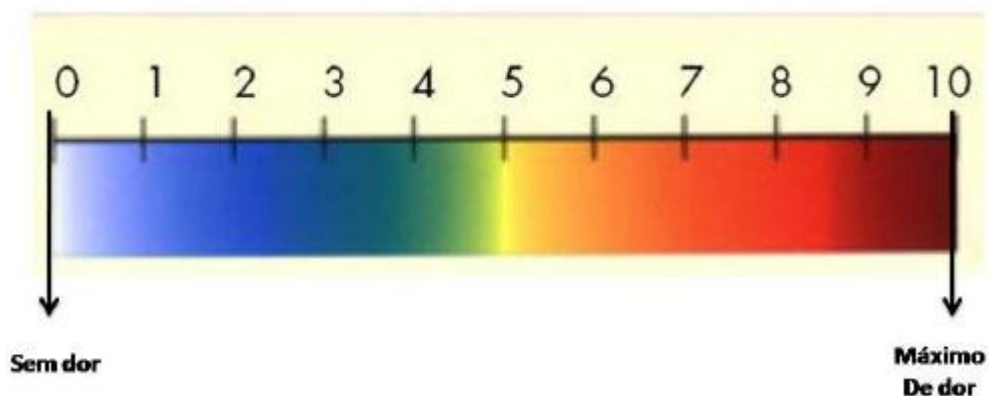


Figura 3 - Escala visual analógica
Fonte: Google imagem

Assim como a EVN, esta exige que o cliente esteja orientado, com boa acuidade visual e boa capacidade cognitiva, o que a torna de difícil algumas situações, principalmente em idosos.

A escala de faces de dor (EFD) se vale de descritores visuais através de expressões faciais que refletem a intensidade da dor. O indivíduo é convidado a analisar as imagens e indicar qual delas se relaciona à dor que o mesmo está sentindo. Varia de zero a cinco, sendo zero “sem dor” e cinco “dor insuportável” (Figura 4).

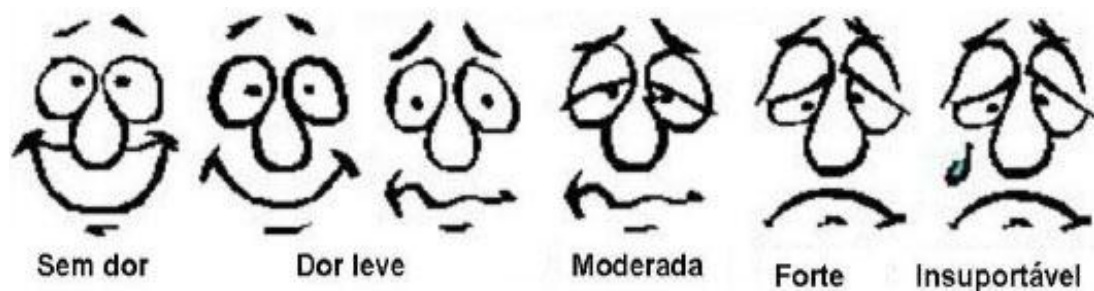


Figura 4 - Escala Visual de Dor
Fonte: Google imagem

A expressão facial é o item que mais contribui para a avaliação da dor, seguida de movimentos dos membros e da aceitação da ventilação. São comportamentos de dor: careta, testa franzida, rigidez, retração, pálpebras cerradas apertadas, nariz franzido, lábio superior levantado, verbalização e punhos cerrados.

A escala de dor ideal deve ser de fácil aplicação e interpretação, possibilitar que as pequenas alterações já sejam avaliadas, examinar a sedação a fim de realizar a correta aplicação de fármacos, além de observar a agitação do cliente (Sakata, 2010).

Uma ação importante no controle da dor é a reavaliação periódica através da mesma escala usada inicialmente, ou seja, a partir do momento que se escolheu a escala que melhor se adéque ao cliente, a mesma deve ser utilizada nas reavaliações. Caso haja melhora ou piora no quadro e seja preciso mudar a escala usada, é importante que seja relatado no prontuário do cliente para que os profissionais que realizarão as avaliações posteriores estejam informados sobre o método que está sendo empregado.

O profissional deve atentar para a indicação de cada escala e se a idade do cliente o permite se submeter a essa avaliação. Existem escalas aplicáveis somente a crianças, outras a adultos e ainda aquelas que se aplicam a ambos, ou seja, existem diversos fatores a serem observados e avaliados antes de proceder à mensuração da dor.

As escalas acima citadas não são rotineiramente empregadas na Odontologia, mas seria interessante o uso em unidades de urgência e emergência e o profissional se aperfeiçoar na avaliação da intensidade do quadro de dor do cliente atendido para procurar conhecer e ter uma percepção crítica e reflexiva dos modelos de escalas existentes na literatura, através das revisões bibliográficas, é de suma importância para a capacitação e o aperfeiçoamento profissional.

1.2.1.10 - O Absenteísmo de Causa Odontológica

Absenteísmo ou ausentismo é a frequência e /ou duração do tempo de trabalho perdido quando os empregados não comparecem ao trabalho, e constitui a soma dos períodos em que os funcionários se encontram ausentes do trabalho, seja por falta, atraso ou algum motivo interveniente (Chiavenatto, 2005).

O absenteísmo no trabalho motivado por razões odontológicas é muito pouco discutido na literatura especializada, mas quando esta questão é abordada, afere-se que tem enorme prevalência na população. Para fins de Odontologia do Trabalho, o absenteísmo é entendido como a ausência do trabalhador motivada pelo estado ou condição de saúde buco-maxilofacial em sua pessoa ou em qualquer de seus dependentes (quando o trabalhador tenha que acompanhar ou assistir seu dependente). Caracteriza-se pela perda temporária da possibilidade ou da capacidade de trabalho, e determina seja a ausência física (parcial ou completa) do trabalhador em sua regular jornada laboral (corpo ausente) seja ainda na sua presença insatisfatória ou precária no trabalho (ausência de corpo presente) (Mazzilli, 2003).

Os principais fatores envolvidos no absenteísmo, dentre tantos outros de macro influência são:

- a) A dificuldade de acesso aos serviços assistenciais públicos ou privados;
- b) A disponibilidade do serviço assistencial;
- c) A localização desse serviço;
- d) A disponibilidade de tempo;
- e) A disponibilidade de recursos econômicos;
- f) A educação em saúde especialmente observada em países em desenvolvimento;
- g) O sistema de atenção à saúde disponibilizada e o acesso a saúde;
- h) A ocupação, os valores e o estilo de vida;

i) As políticas de autocuidado e de educação em saúde.

No Brasil, dentro do processo de implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, há inúmeras experiências voltadas para ampliar a democracia em instituições de saúde. A descentralização de poder para os municípios (processo de municipalização) e a instalação de Conselhos e Conferências de Saúde, com maioria de usuários, estão entre os principais dispositivos sugeridos pelo SUS para alterar o funcionamento burocrático do Estado (Campos, 1998, p. 2).

Direito à saúde significa a garantia pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, e a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (Brasil, 1994).

No art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

1.2.2 - Gestão em Saúde Privada

A decisão de gerir o próprio negócio atrai muitos recém-formados, mas um certo perfil empreendedor é desejável para quem almeja começar, porque inclui decisões importantes, desde a escolha do local para a instalação, custos de alto investimento inicial, conhecimento de formas de gerenciamento, expedir os registros, alvarás e certidões para estar legalmente estabelecido.

Pesquisa do Sebrae Nacional realizada em 2013 com o objetivo de estudar a sobrevivência das empresas no Brasil, e que teve como base, empresas constituídas em 2007, aponta que 28,2% das empresas abertas na Região Sul no setor de serviços fecham em menos de dois anos. Por falta e falha na gestão e planejamento. Para que sua competência profissional alcance o sucesso em um novo negócio, é fundamental aliá-la aos procedimentos conhecidos como gestão da empresa. Será essencial entender a importância do planejamento em toda tomada de decisão, desde o momento de montar a clínica, da contratação da

secretária, da aquisição dos equipamentos, até o instante de analisar os custos e despesas (Cartilha CRO-SC-Sebrae, 2013).

A maioria das teorias e conceitos aplicados na gestão se adéqua para a prestação de serviços de saúde públicos ou privados, a seguir o trabalho abordará entre muitos conceitos os que melhor se propõe ao tema da pesquisa.

Para Chiavenatto (2004, p. 81):

“As funções do administrador segundo Fayol são:

- a) Previsão: Avalia o futuro e o provisionamento dos recursos em função dele.
- b) Organização: Proporciona tudo o que é útil ao funcionamento da empresa e pode ser dividida em organização material e organização social.
- c) Comando: Leva a organização a funcionar. Seu objetivo é alcançar o máximo retorno de todos os empregados no interesse dos aspectos globais do negócio.
- d) Coordenação: harmoniza todas as atividades do negócio, facilitando o seu trabalho e sucesso. Sincroniza coisas e ações em proporções certas e adapta meios aos fins visados. O objetivo é localizar as fraquezas e erros no intuito de retificá-los e prevenir a recorrência
- e) Controle: Consiste na verificação para certificar se tudo ocorre em conformidade com o plano adotado, as instruções transmitidas e os princípios.”

Considerando que o mercado de trabalho na odontologia é muito competitivo, a qualidade da atuação profissional relacionada à área odontológica juntamente com os processos que envolvem a gestão, desde a infra-estrutura, inovação, atendimento ao cliente, preços, enfim questões que merecem ser analisadas para a estrutura administrativa do negócio (Ribas et al, 2010).

A globalização das informações leva os clientes a se tornarem cada vez mais exigentes e a visão desse cliente vai depender da competência desse profissional de saúde como gestor, pois o crescimento e sucesso de seu empreendimento estão diretamente ligados com o desenvolvimento de habilidades e competências da área da gestão (Ribas et al, 2010).

Uma particularidade que limitava a aquisição de novos clientes pelos cirurgiões-dentistas era a proibição pelo Código de Ética Odontológica de qualquer tipo de propaganda que visasse o aliciamento de clientes, como ferramentas de marketing tradicionais utilizadas em outras atividades, como por exemplo, anúncio em rádio, tvs, panfletagem e meios publicitários como jornais, revistas, assim a indicação de novos clientes só era possível através da indicação dos clientes que já eram atendidos. Com o aprimoramento do Código de Ética em 2012 essa situação já permite alguma divulgação em veículos de mídia obedecendo a legislação vigente no novo Código de Ética desde a Resolução CFO-118/2012 (CFO, 2012).

1.3 - A Formação do Cirurgião-Dentista

As Diretrizes Curriculares expressam uma orientação geral, algumas vezes genérica, porque não têm a pretensão de ser a expressão de um currículo nacional. Suas orientações “estimulam as escolas a superar as concepções conservadoras, a rigidez, o conteudismo e as prescrições estritas existentes nos currículos mínimos, mas não definem um caminho único” (Jorge, 2012).

Segundo a Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de fevereiro de 2002, do Conselho Nacional de Educação que conduza Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Odontologia, incorpora desde esta data, que na formação do Cirurgião-Dentista deverão segundo o art. 4º:

A formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo municiar o profissional dos conhecimentos pleiteados para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - Atenção à Saúde: Os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos.

Os profissionais devem desempenhar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - Tomada de decisões: O trabalho dos profissionais de saúde deve fundamentar-se na capacidade de tomar decisões objetivando o uso apropriado, eficácia e custo, efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para esta finalidade, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - Comunicação: Aos profissionais de saúde recomenda-se ser acessíveis e manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - Liderança: No trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde necessitam assumir posições de liderança, sempre mirando o bem estar da comunidade.

V - Administração e gerenciamento: Os profissionais devem possuir a tomada de iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma

forma que é desejável tornarem-se empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;

VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde necessitam ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento ou estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais. (BRASIL, 2002, p. 2)

Segundo Houassiss (2010) percepção é a capacidade de apreender por meio dos sentidos ou da mente, num sentido mais amplo seria a ação ou efeito de perceber, numa linguagem formal seria a capacidade para discernir; juízo consciencioso acerca de algo ou alguém; impressão.

1.3.1 - A Divisão do Trabalho entre Gerência e Execução

O movimento de gestão científica se iniciou com Taylor e foi caracterizado por sua ênfase na produtividade, com padrões de produção estabelecidos, estudo dos movimentos e cronometragem do tempo envolvido na execução do trabalho para posterior simplificação e redução, onde gestores e engenheiros estabeleciam padrões e os operários apenas seguiam ordens, sem participação nas decisões da empresa, numa estrutura mecanicista rígida e hierárquica. Essa estrutura foi utilizada por Ford em sua linha de produção, eliminando movimentos desnecessários para diminuir a perda de tempo, adotando o pagamento de produtividade e a padronização de produtos para os clientes, sem a individualização do mesmo. Contudo nessa estrutura havia alguns problemas, como a não existência de incentivos, as decisões se baseavam em intuição e palpites, a não integração entre departamentos e nem a participação dos trabalhadores nas decisões da empresa. Anos mais tarde o vice-presidente da GM Alfred Sloan profissionalizou a gestão, criando departamento de finanças, marketing, etc. dividindo a gestão por objetivos e personalizando os produtos de acordo com as necessidades de cada cliente.

Quando houve a entrada anos mais tarde do modelo japonês de gestão, que evitava o desperdício, tornando a gestão enxuta e oferta de produtos de baixo preço e alta qualidade, decisões participativas na empresa e grande flexibilidade (Maximiniano, 2000).

Através dos estudos de Taylor ocorre uma repartição de responsabilidade: a gerência fica com o planejamento (estudo do trabalho operário e o estabelecimento do método de trabalho) e a supervisão (assistência contínua ao trabalhador durante a produção) enquanto o trabalhador fica somente com a execução do trabalho. A gerência pensa enquanto o trabalhador executa (Chiavenato, 2000).

1.3.2 - As Habilidades Gerenciais Básicas

Para ser um bom líder, Silva (2011, p. 29), afirma que o indivíduo deve possuir ou adquirir certas habilidades especiais, destacando-se:

- sensibilidade situacional: é a habilidade de diagnosticar e sentir situações e as forças que atuam em cada situação;
- flexibilidade de estilo: habilidade de adequar-se às forças que atuam em cada situação, vulgarmente conhecida como ‘jogo de cintura’; e
- destreza da gerência situacional: capacidade de modificar uma situação que precisa ser modificada.

Quadro 3- Característica de um gerente democrático e de um autoritário

DEMOCRÁTICO	AUTORITÁRIO
É o indivíduo investido de comando por uma equipe; um consultor interno Trabalha <i>pari passu</i> com seus subordinados Adapta a estrutura organizacional às mudanças do mercado. Solicita sugestões. Compartilha informações. Universo de conhecimento expandido. Sugere resultados a alcançar. Procura estimular e reforçar as relações interpessoais em todo o grupo. O grupo possui estrutura para sobreviver ao afastamento do líder (delegação)	Considera-se <i>chefe</i> ou <i>patrão</i> Convive apenas com pessoas próximas ao seu nível hierárquico. Trabalha sempre dentro de uma estrutura organizacional pouco flexível. Toma a maioria das decisões sozinho. Sonega informações. Especializa-se em uma única área. Exige longas jornadas de trabalho. Dita o padrão de relacionamento entre os membros do grupo. O afastamento do supervisor ou gerente pode provocar o caos ocasionando ruptura no grupo (centralização).

Fonte: Ribeiro (2004, p. 66 apud Oliveira, 2009, p. 28).

1.3.3 - Alguns Atributos Desejáveis na Gerência

A seguir, algumas características importantes para formar o perfil desejado de um gerente:

- gostar do que faz;
- valorizar a equipe;
- cobrar resultados;
- ser flexível;

- delegar tarefas;
- conhecer a função;
- inspirar confiança;
- assumir riscos;
- saber comunicar-se;
- ter habilidade para solucionar problemas;
- preocupar-se com a satisfação do cliente;
- respeitar os superiores.

1.3.4 - Manutenção Preventiva para Equipamentos Odontológicos

O gerenciamento da manutenção traduz-se na criação e implantação de procedimentos e normas técnicas e de qualidade, que quando aplicados, resultarão em otimização e segurança dos serviços. É necessário planejar antes da aquisição o custo de manutenção mensal e/ou anual do equipamento, além de analisar o valor percentual que será gasto em manutenção do equipamento, a necessidade e o custo para calibração e intervenções corretiva dos equipamentos a serem adquiridos, o valor das peças de reposição e dos acessórios e o tempo de entrega dos mesmos. Recomenda-se fazer a previsão orçamentária para os insumos descartáveis ou acessórios e partes que sofrem desgaste natural em função do uso. No custo da manutenção deverá ser agregado o valor que o equipamento deixará de produzir enquanto estiver fora de uso, esperando peças de reposição e intervenção corretiva.

1.3.4.1 - Tipos de Manutenção

“Manutenção preventiva (MP) é a intervenção prevista, preparada e programada antes do provável aparecimento de uma falha. A manutenção preventiva pode ser sistemática ou programada, condicional e preditiva:

- a. Manutenção sistemática ou programada – feita em intervalos de tempo fixos preestabelecidos.
- b. Manutenção condicional – realizada nos equipamentos quando estes estão na iminência de apresentarem falhas. A detecção desse estado de quase falha é possível, utilizando os próprios sentidos humanos ou os aparelhos eletrônicos que monitoram algum parâmetro de desempenho dos equipamentos.
- c. Manutenção preditiva – feita por meio da substituição de peças ou componentes, levando em consideração um perfil estatístico. Esse perfil é obtido pelas análises estatísticas dos históricos de falhas dos equipamentos.

Manutenção corretiva (MC) é o conjunto de ações aplicadas ao equipamento para restabelecer suas funções.” (BRASIL, 2006, p. 137-138)

Recomenda-se que as unidades mantenham um cronograma de manutenção preventiva de seus aparelhos odontológicos para restabelecer suas funções (Manual Operacional SESI, 2008).

“Equipamentos médicos, hospitalares e odontológicos devem ser submetidos à manutenção periódica para evitar funcionamento inadequado que coloque em risco a vida do cliente e a do operador. Ações periódicas de aferição, calibração, manutenção e medição devem obedecer a normas e procedimentos previstos na legislação e ser realizadas por profissionais capacitados tecnicamente para a função. A normalização, inspeção, certificação e fiscalização das características metrológicas desses equipamentos são responsabilidades do Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Inmetro), e a produção industrial deve ter registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).” (Ferrarini, 2014, p. 1)

1.4 - Gestão da Qualidade

Para Regis Filho (2011, p. 85):

“A gestão da qualidade tem sua importância tanto para o setor de produção quanto para o de operações de serviços, seja em empresas privadas ou públicas, e como se deve atuar para alcançar a excelência nesses setores. Por outro lado, a busca pela qualidade deve ocorrer, também, nos serviços públicos de saúde, onde a sociedade está exigindo de seus gestores excelência nos serviços a ela prestados.”

Dentre os diversos indicadores de qualidade descritos na literatura, os que mais se adequam para um serviço odontológico são os propostos por Donabedian (1988 apud Regis Filho, 2011, p. 596) - os indicadores de estrutura, de processo e de resultado:

1. “Estrutura: avaliam os atributos dos locais nos quais o serviço é prestado, levando em consideração conveniência, conforto, silêncio, privacidade e assim por diante. Inclui recursos materiais (instalações, equipamentos e dinheiro), recursos humanos (número e qualificação dos profissionais) e recursos da estrutura organizacional (profissionais de saúde, métodos de reembolso, etc.);
2. Processo: avaliam as atividades de cuidados realizadas para com o cliente; são técnicas operacionais. Dividem-se entre o cuidado técnico propriamente dito (utilização dos conhecimentos científicos e tecnológicos da odontologia) e a relação interpessoal entre cliente e profissional. Incluem as atividades do cliente buscando o cuidado, como também as atividades do dentista dando o diagnóstico e realizando o tratamento;
3. Resultado: avaliam os efeitos dos cuidados prestados anteriormente na saúde do cliente e da população e, também, o grau de satisfação do cliente e do prestador.”

A cobertura é um atributo básico na avaliação de um serviço de saúde, pois só se pode avaliar qualquer outro atributo, se houver a oferta e a utilização de um serviço. A cobertura mede a proporção da população que se beneficia do serviço, podendo ser referida como cobertura potencial e cobertura real. A cobertura potencial está relacionada com a oferta de serviços, considerando os recursos materiais ou humanos disponíveis no serviço e mede a quantidade de indivíduos que poderiam ser atendidos, dada a oferta. A cobertura real, por sua vez, está relacionada com a utilização do serviço, correspondendo à proporção da população que efetivamente o utilizou, vale dizer, a taxa de cobertura real equivale à razão entre o número de pessoas que utilizaram o serviço em relação ao público-alvo total. A cobertura dos serviços de saúde é uma questão importante para o campo da gestão em saúde (Ribeiro-Sobrinho et al, 2008).

Com a valorização dos recursos humanos, segundo Chiavenato (1998) as pessoas deixam de ser problemas para as organizações e passam a ser soluções, deixam de ser o desafio para se tornar a vantagem, o diferencial para que as organizações possam ser realmente competitivas. As pessoas deixam de ser o recurso organizacional para se tornar o parceiro principal do negócio. É interessante para a instituição reter ou blindar seus talentos identificados, pessoas que gostam do que fazem e se dedicam ao seu ofício com esmero.

É tarefa do gestor prover todo o funcionamento da clínica ou consultório de maneira impecável, acesso, compra de insumos, medicações, equipamento e material que será utilizado durante os plantões, pois o propósito de um serviço deste tipo é o atendimento do cliente no menor tempo possível para o alívio da dor ou desconforto.

Kawata et al (2013, p. 961) relata que:

“Autores que têm estudado o processo de trabalho em saúde pautam-se na compreensão de que este é resultado da combinação do objeto, dos instrumentos e do produto do trabalho, atendendo a finalidades colocadas para o desenvolvimento deste. O objeto de trabalho sempre será, de forma genérica, a matéria-prima a ser transformada, enquanto que os meios/instrumentos de trabalho são as ferramentas, representadas pelo saber operante, ou seja, pelo “saber fazer”, traduzido nos conhecimentos, habilidades, equipamentos utilizados para operar a transformação, e/ou atender as necessidades presentes que disparam o processo de trabalho. O trabalhador está aí incluído, com seus saberes, com sua força de trabalho empregada nesta dimensão do processo de transformação, enquanto agente que pode mobilizar ações”.

1.4.1 - Fatores Culturais de Resistência às Mudanças

Segundo Treviso, Brandão e Saitovitch (2009) é possível que a implantação ou a baixa utilização das ferramentas de gestão e qualidade seja dificultada por diversos fatores, desde os mais básicos: a questão educacional (como a falta de compreensão dos funcionários da importância de alimentar os registros das instituições), até as questões culturais, visto ser necessário mudar toda uma cultura existente estagnada, em que muitas vezes os processos são realizados de uma forma automática. Os autores ainda afirmam que essa é uma mudança difícil, que leva tempo e exige muita paciência por parte dos envolvidos, entretanto é uma barreira que pode ser transposta quando realmente se busca a qualidade dos serviços assistenciais. Para Antunes & Trevizan (2000 apud Treviso et al, 2009), a utilização dessas ferramentas requer a construção de uma cultura de avaliação orientada por um paradigma educativo que recomenda um olhar contínuo para a melhoria do serviço prestado. Backes, Silva, Siqueira, & Erdman (2007), ainda completa que muito mais que desenvolver e/ou implantar ferramentas de gestão é preciso dar ênfase no desenvolvimento de um conhecimento complexo, capaz de problematizar a maneira de pensar, perceber, julgar e avaliar o produto dos serviços hospitalares.

É comum encontrar pessoas que levam uma vida confortável, porém julgam qualquer gasto ligado à saúde elevado, talvez por causa de alguma idéia mal concebida. Talvez pensem que o governo deveria prover todos os gastos com médicos, dentistas, hospitais, ambulâncias, acidentes, remédios, exames e assim por diante, e claro em nível de Primeiro Mundo. É fácil entender que se não há impostos suficientes para uma cobertura tão ampla, com uma população formada por uma grande maioria que contribui relativamente pouco, em função de sua renda ser baixa. Aliás, mesmo em países ricos, o financiamento à saúde é fruto de uma eterna disputa política por recursos, e as empresas privadas atuantes no setor não costumam contar com grande simpatia por parte da população (Da Silveira Pinto, Matos, & De Loyola Filho, (2012).

1.4.2 - Proposta de um Protocolo para Atendimento de Emergências Odontológicas

O relato de caso encontrado na literatura proposto por Matsura (2013) em uma Unidade de Saúde próximo da cidade de Maringá no Paraná, Brasil. Este autor notou que o atendimento de urgências/emergências odontológicas consumia grande parte do tempo dos

profissionais, gerando uma sobrecarga para estes, pois era praticamente impossível prever quantos clientes iriam ser atendidos no dia.

Com o apoio de outra ESB e do gestor local (diretor da UBS), e objetivando obter o diagnóstico da situação, inicialmente utilizou-se das seguintes estratégias para a elaboração de um protocolo de atendimento:

- Observações práticas e humanizadas com o apoio da ESB, para identificar o perfil do cliente que procurava atendimento de urgência/emergência;
- Reuniões com discussões problematizadoras com os membros da ESB para promover reflexões objetivando a construção coletiva de ações/soluções;
- Pesquisas na literatura científica, buscando idéias e experiências exitosas neste campo de atuação.

Após análise da situação, concluiu-se que havia a necessidade de mudança do processo de trabalho e do fluxograma de acesso destes clientes.

Seguiu-se então, a elaboração inicial de um *protocolo de classificação de risco de urgências/emergências odontológicas*, baseado em dados da literatura.

Não há classificação de risco entre as urgências odontológicas, como já ocorre em alguns serviços médicos de urgências hospitalares. Os clientes acabam sendo atendidos pela lógica da ordem de chegada, descrita como prática contrária ao acolhimento, e sem critérios ou consenso a respeito da gravidade de sua condição.

Assim sendo, inicialmente foram definidos os conceitos de emergência (casos onde há risco de vida e devem ser encaminhados para a atenção médica/hospitalar) e urgência (casos onde não há risco eminente de vida, embora necessitem de atenção o mais breve possível). Em seguida, foi elaborada uma proposta inicial de classificação de risco adaptados de alguns protocolos existentes na literatura (Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme; Smith e colaboradores). Foram consideradas as seguintes situações, mais comuns em nossa prática diária, as quais foram classificadas por cores:

Roxo: incluem as emergências médicas, que devem ser encaminhados à atenção médica/hospitalar:

- Hemorragia intensa;
- Infecções com comprometimento sistêmico (febre, prostração);
- Tumefação extensa (área dos olhos ou dificuldade para engolir/respirar);
- Traumas maiores (laceração facial e bucal, fraturas ósseas);

Vermelho: incluem as urgências odontológicas mais graves, sendo recomendado o atendimento dentro de 60 minutos, ou o mais breve possível. O retorno para reavaliação do quadro é encaminhado para a ESB responsável pelo usuário.

- Hemorragias menores (controláveis em consultório);
- Traumatismos (fraturas dentárias com exposição pulpar, luxação e avulsão, ocorridos em tempo inferior a 2 horas; lacerações da cavidade bucal);
- Dor espontânea (que não responde a medicação);
- Tumefação relacionada a infecções de tecido mole (abscessos);
- Infecção dentária que resultaram em enfartamento ganglionar ou temperatura elevada;

Amarela: representam as condições de urgências odontológicas que deverão ser atendidas em um prazo de 24 horas, se possível no mesmo período que o cliente procurou atendimento (matutino ou vespertino). O cliente é encaminhado para a ESB responsável pelo seu atendimento.

- Infecções dentárias e de tecidos moles, sem sintoma sistêmico;
- Fraturas dentárias ou dentes com exposição pulpar;
- Fraturas dentárias com perda estética importante, ocasionando limitações sociais, se puderem ser realizadas na Atenção Básica;
- Trismo

Verde: condições não urgentes ou indicadas para tratamento de rotina, no período de 7 dias. O cliente é encaminhado para a ESB responsável pelo seu atendimento.

- Dor leve ou moderada que são aliviadas com analgésicos;
- Trauma dental menor;
- Recimentação de próteses;
- Sangramentos gengivais;
- Sensibilidade dentinária;
- Fratura de restauração;
- Exodontia de dentes decíduos em crianças.

O processo de trabalho no setor de saúde apresenta algumas especificidades: ele se distingue do trabalho de outros setores da economia na medida em que o seu produto final é um serviço resultante da ação compartilhada de vários profissionais e centra-se nas relações interpessoais entre clientes e executores; ele reúne um conjunto de atividades programadas e normatizadas que se realizam sob a base da cooperação em um cenário dinâmico e instável; as atividades podem ocorrer na forma de ações sequenciais, isoladas ou na forma de episódios

que representam o tratamento de um acontecimento em seu conjunto. Apesar dessas especificidades e de sua importância para a vida da sociedade, a teorização é relativamente pequena. As pesquisas são numerosas e privilegiam o enfoque da etiologia das doenças e o tratamento dos agravos (Pinho, Abrahão, & Ferreira, 2003).

Capítulo 2 – Metodologia

2.1 - Caracterização do Estudo

Estudo de pesquisa qualitativa, e será limitada em seu escopo, o levantamento das percepções por meio da aplicação de questionário pré-elaborado validado aos gestores cirurgiões-dentistas de unidades de pronto-atendimento odontológico com o propósito de verificar na sua rotina de trabalho a utilização e aplicação da gestão neste tipo de atendimento aos clientes, tanto do sistema público, da iniciativa privada e organizações militares. Quanto à natureza, trata-se de pesquisa exploratória, que segundo Lopes (2006) utiliza-se esta abordagem metodológica quando existem poucas contribuições científicas acerca da temática abordada.

Os dados foram coletados no mês de janeiro de 2015, através do agendamento com os gestores das instituições selecionadas, no seu ambiente de trabalho, ficando este livre para interromper por qualquer motivo de seu interesse o preenchimento, para ser retomado em seguida, e o instrumento de coletas de dados tipo questionário foi aplicado. (Apêndice 1).

2.2 - Seleção da Amostra

A amostra foi composta por 11 Unidades de Pronto Atendimento do município de Belém do Pará de 14 locais detectados que declaram publicamente executar o serviço de atendimento em caráter de urgência e emergência no segmento da Odontologia, as quais estão listadas a seguir:

- Clínica Odonto Family (Particular)
- Clínica Innovate (Particular)
- IPAMB- Instituto de Previdência e Assistência do Município de Belém (SESMA)
- Pronto-Socorro Municipal Mário Pinotti PSM - Gabinete de Odontologia (SESMA)
- CESUPA - Centro de Estudos Superior do Pará- Clínica de Emergência (Faculdade particular com atendimento à população)
- UNIODONTO BELÉM - Cooperativa de trabalho odontológico
- Odontoclínica do Hospital Naval de Belém- Marinha do Brasil (Instituição Militar)
- Odontoclínica do Hospital Geral de Belém- Exército Brasileiro (Instituição Militar)
- Odontoclínica do Hospital da Aeronáutica - Aeronáutica (Instituição Militar)

- Odontoclínica do Corpo de Bombeiros do Pará (Instituição Militar)
- Odontoclínica da Polícia Militar do Pará (Instituição Militar)

Das 3 unidades que ficaram fora da amostra, 2 não estavam em funcionamento no momento de coleta da pesquisa e são UPA – Unidade de Pronto Atendimento – ICOARACI (SESMA) e a Clínica de Emergência da Faculdade de Odontologia da UFPA, a outra unidade o gestor não aceitou fazer parte da amostra em tempo hábil e foi o CEMO (Centro de Especialidades Médico e Odontológico) da SESMA.

As chefias de cada instituição das unidades acima citadas foram contatadas através de ofícios e cópias do pré-projeto de estudos com todas as informações e após as devidas autorizações os gestores foram selecionados e convidados a participar do estudo.

2.3 - Critérios de Inclusão e Exclusão

Enquadram-se no perfil da amostra para inclusão os profissionais odontólogos que exerçam o cargo de gestor ou responsável pelo serviço de prestação de pronto-atendimento em unidades de urgência e emergência no município de Belém, de âmbito público, particular ou militar.

Para a exclusão da amostra estão os critérios de:

- não aceitação em participar da pesquisa por parte do gestor da unidade ,
- o gestor do serviço não possuir graduação em Odontologia,
- o não funcionamento do local da prestação do serviço no período de coleta de dados da pesquisa.

2.4 - Instrumento de Coleta de Dados

Foi utilizado o questionário de múltipla escolha contendo 26 questões elaboradas para que a escolha de uma alternativa deva excluir todas as demais (Apêndice 1).

É composto por um cabeçalho de identificação do gestor, e as questões foram elaboradas para verificar os seguintes aspectos:

- Acesso e atendimento ao serviço
- Planejamento e Manutenção
- Gestão participativa e integração com a equipe
- Atendimento clínico e protocolos

- Controle social e encaminhamento
- Treinamentos e educação continuada da equipe

2.5 - Coleta de Dados

A população-alvo da pesquisa foi contratada via telefone ou pessoalmente e a coleta de dados ocorreu no mês de janeiro de 2015, foi agendada previamente, pois era de suma importância que houvesse tempo suficiente para o gestor responder todas as questões, no horário de trabalho dos cirurgiões-dentistas e ficou claro que poderia ser interrompido o preenchimento a qualquer momento em caso de necessidade de suas tarefas do serviço. Seguiu-se o recolhimento do questionário pela pesquisadora de cada gestor da amostra.

2.6 - Tratamento e Análise de Dados

Os dados estatísticos da pesquisa foram apresentados através de tabelas e figuras e o tratamento estatístico dos dados foi realizado através do Pacote Estatístico SPSS 19.0, onde se adotou a estatística descritiva através dos índices absolutos e relativos para a caracterização dos dados da pesquisa, e a estatística inferencial através do teste do Qui-quadrado para comparar a prevalência nas variáveis investigadas, para a amostra constituída pelos gestores das instituições estudadas. Adotou-se um nível de significância para as inferências estatísticas de $p \leq 0,05$.

2.7 - Aspecto Ético

Todos os participantes da amostra receberam instruções sobre a pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Esta pesquisa deu entrada para submissão no site Plataforma Brasil - CEP/CONEP que rege a ética nas pesquisas com seres humanos no Brasil em 06/12/2014.

A pesquisa teve financiamento próprio da autora, pois não tem vínculo com nenhuma entidade patrocinadora antes nem durante a pesquisa.

2.8 - Riscos e Benefícios

A pesquisa envolve risco aos participantes de cunho pessoal e ético, porque através de suas opiniões pessoais sua chefia ou instituição podem divergir do seu ponto de vista, e estes riscos serão minimizados através pelo comprometimento da pesquisadora em manter armazenadas as informações do instrumento de coleta de dados em absoluto sigilo pelo período mínimo de 5 anos.

Os participantes da pesquisa estarão a contribuir para o aprimoramento da gestão nos serviços ofertados e o aumento e difusão de conhecimentos quando esta terminar, os quais poderão ter acesso aos resultados quando finalizada a dissertação de mestrado.

Capítulo 3 – Resultados e Discussão

A amostra investigada foi constituída por 11 sujeitos de ambos os gêneros, todos gestores dos serviços de pronto-atendimento em urgência e emergência odontológica.

A tabela 1 mostra as características descritivas dos gestores investigados, através dos índices absoluto e relativo, bem como a comparação das prevalências, através do teste do qui-quadrado.

Tabela 1- Características descritivas (absoluta e relativa) e comparação das prevalências (qui-quadrado).

Variável	Prevalência			Comparação	
				χ^2	p
Gênero	Masculino		Feminino	2,27	0,23
	8 (72,7%)		3 (27,3%)		
Estado Civil	Solteiro	Casado	Viúvo	15,64	<0,01*
	2 (18,2%)	8 (72,7%)	1 (9,1%)		
Faixa Etária	Até 35 anos	36 a 50 anos	Acima de 51 anos	3,50	0,18
	3 (27,3%)	4 (36,4%)	4 (36,4%)		

Fonte: Elaborada pela autora.

Como se pode constatar na tabela 1, a amostra estudada apresentou discreta maior prevalência de gestores do gênero masculino, com idade variando entre 36 a 50 anos ou com mais de 51 anos, se verificou ainda, que a maioria significativa dos gestores estudados é casada.

A figura 5 mostra a discreta maior prevalência amostral de sujeitos do gênero masculino como gestores investigados na pesquisa.

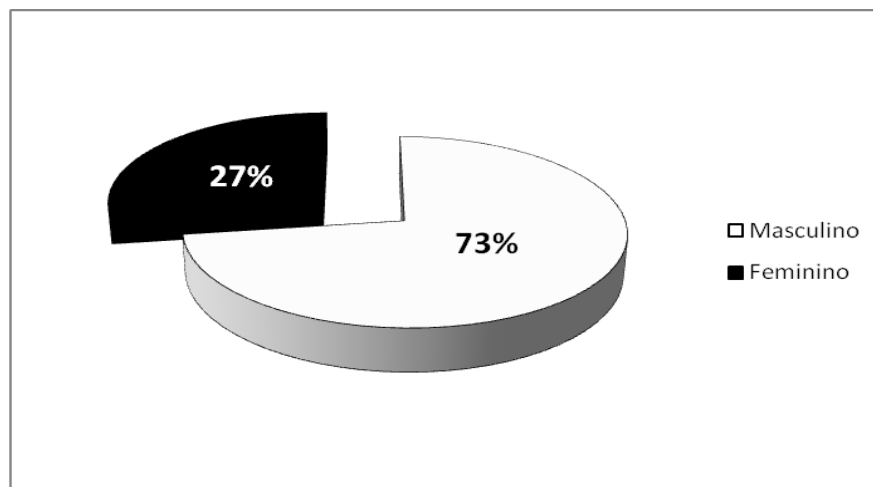


Figura 5 - Descrição da amostra quanto ao gênero dos gestores entrevistados

A inserção mais próxima dos números de gestores do sexo masculino e feminino sem uma predominância significativa mostra que na área da saúde a mulher compete em igualdade de condições em assumir responsabilidades e posições de comando porque busca através de sua capacitação o aumento de possibilidades de inserção social e dá as condições necessárias para a concretização de seu interesse em competir no mercado de trabalho em igualdade com os homens. Segundo Ramos, Ubalnere & Jesus (2014) as mulheres devem ser as protagonistas no forjamento de uma nova consciência social que impulse o estabelecimento de simetria nas relações de gênero, comparando há algumas décadas atrás isso foi uma conquista pois nos cargos de gestores sempre estiveram à frente o domínio masculino, e aos poucos essa situação está mudando, e ainda em evolução com o aperfeiçoamento e capacitação das mulheres para o mercado de trabalho.

A figura 6 mostra a significativa maior prevalência amostral de sujeitos casados entre os gestores investigados na pesquisa.

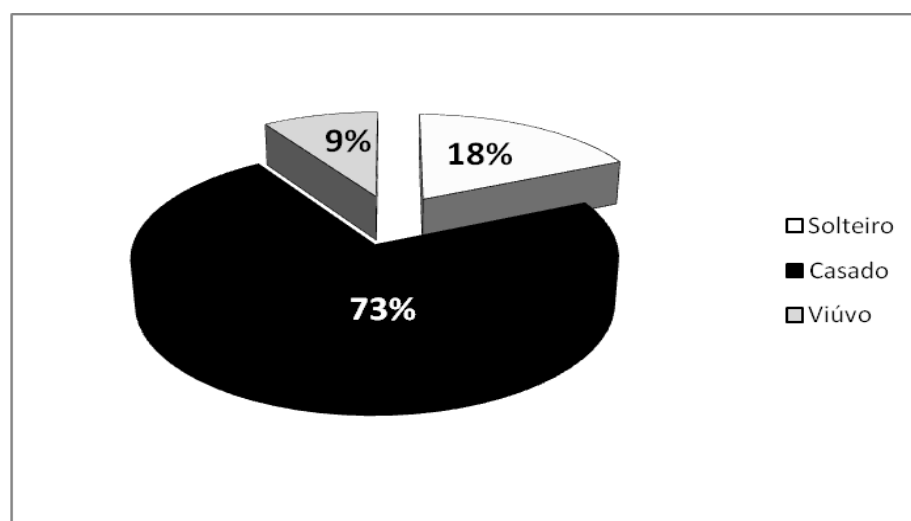


Figura 6 - Descrição da amostra quanto ao estado civil dos gestores entrevistados.

A estrutura familiar é um importante alicerce para que se desenvolva as habilidades profissionais e esta estabilidade conjugal faz refletir que ao se conviver com outra pessoa favoreça a mediação de possíveis conflitos que podem surgir no ambiente organizacional.

Para Chiavenato (2004) a falta de consonância entre o indivíduo e sua organização conduz a um profundo desajustamento entre ambos com perda da eficiência e eficácia das duas partes.

A figura 7 mostra a discreta maior prevalência amostral de sujeitos na faixa etária de 36 a 50 anos e acima de 51 anos entre os gestores investigados na pesquisa.

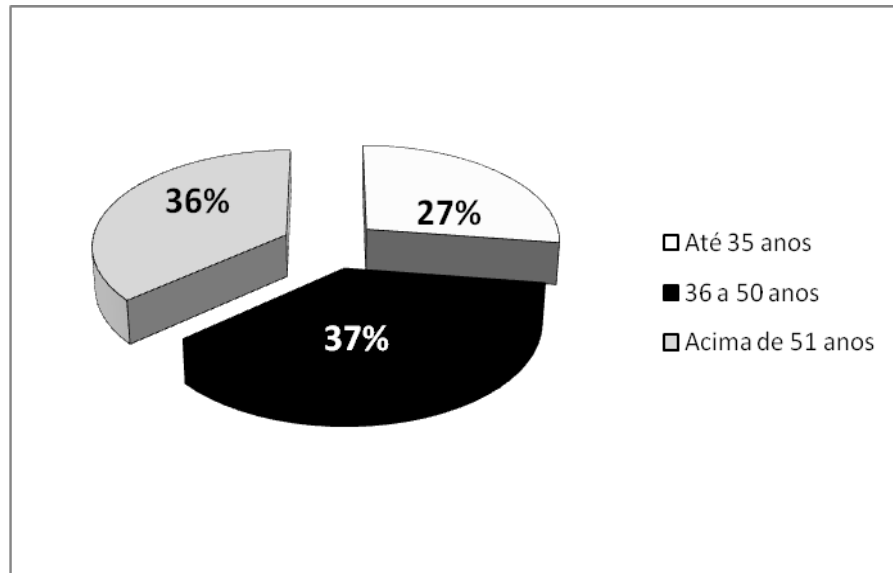


Figura 7- Descrição da amostra quanto à faixa etária dos gestores entrevistados

A maioria dos gestores das unidades pesquisadas apresenta faixa etária acima de 36 anos isso relaciona que não só a competência, mas também a experiência profissional e contribui positivamente para a escolha e permanência no cargo de gestor, levando em consideração também o seu aprimoramento intelectual e preparação do ponto de vista educacional, valorizando o investimento em pós-graduações e cursos de aperfeiçoamento.

Na tabela 2, pode-se observar na amostra, as características relativas ao acesso e atendimento aos clientes, na visão do gestor, através dos índices absoluto e relativa, e da comparação das prevalências, através do teste do qui-quadrado.

Tabela 2- Características do acesso ao atendimento na visão dos gestores (absoluto e relativo) e comparação das prevalências (qui-quadrado)

Variável	Prevalência		Comparação	
			x²	p
Como os clientes da instituição tem acesso ao serviço?	Clientes/Dependentes	Livre Demanda		
	6 (54,5%)	5 (45,5%)	0,09	0,76
Como funciona a unidade de Urgência/Emergência?	24hs-Presencial	24hs-Sobreaviso		
	2 (18,2%)	7 (83,6%)	4,55	0,10
		Outros		
		2 (18,2%)		
Existe estratégia definida de coordenação de atividades diárias da instituição?	Sim	Não		
	10 (90,9%)	1 (9,1%)	7,36	0,01*

Fonte: Elaborada pela autora.

Na tabela 2 se pode constatar que a discreta maioria dos gestores investigados aponta que os clientes da instituição têm acesso ao serviço como clientes e seus dependentes; e que o funcionamento das unidades de urgência e emergência onde atuam é no sistema de plantão de 24 horas em sobreaviso. Constatou-se ainda, que a maioria significativa dos gestores afirmou que existe uma estratégia definida de coordenação de atividades diárias na instituição que atuam.

A figura 8 mostra a discreta maior prevalência amostral de gestores que indicam que o acesso dos clientes à instituição é como clientes e seus dependentes.

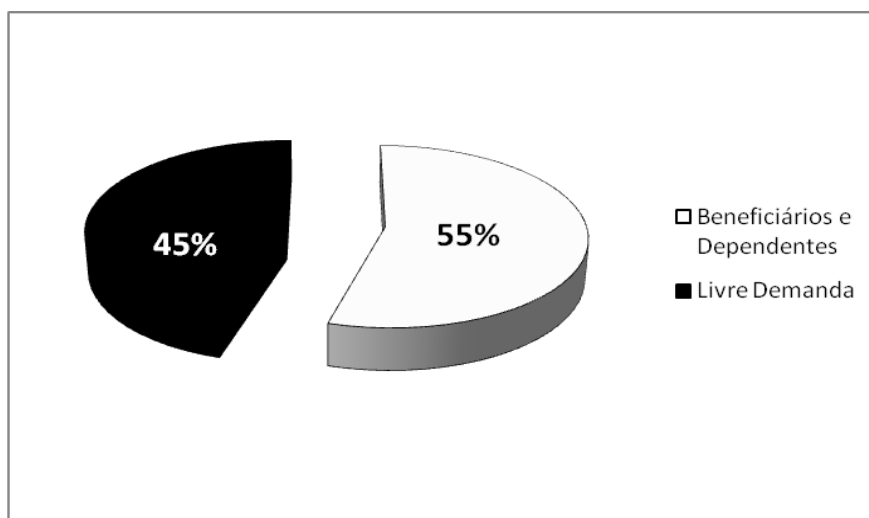


Figura 8 - Descrição da amostra quanto ao acesso dos clientes ao serviço

O acesso aos serviços como clientes e dependentes de uma instituição mostra a preocupação dos indivíduos em possuir uma assistência imediata de uma organização para esta finalidade. Apesar de não ter uma significância prevalente sobre a livre demanda faz ressaltar que provavelmente a população ainda não tenha a plena confiança de que no momento imprevisível de sua necessidade, os serviços ofertados na esfera pública estarão disponíveis e em pleno funcionamento pela complexidade operacional sincronizada em perfeitas condições de pleno funcionamento. Estão inseridos em condições de livre demanda os atendimentos em instituições particulares em que os clientes chegam por demanda espontânea.

Em todas as unidades pesquisadas a ordem de chegada é adotada como critério usual de atendimento, o que gera a fila, que segundo Ribeiro (2004) pode ser organizada com o uso de equipamentos para agilizar e com relação à rapidez do atendimento é de valiosa contribuição possuir mão de obra auxiliar, ou seja, uma atendente eficiente durante a prestação do atendimento para diminuição do tempo de espera do próximo cliente.

A figura 9 mostra a discreta maior prevalência amostral de gestores que indicam que o funcionamento das unidades de urgência e emergência se dá através de plantões de 24 horas com sobreaviso.

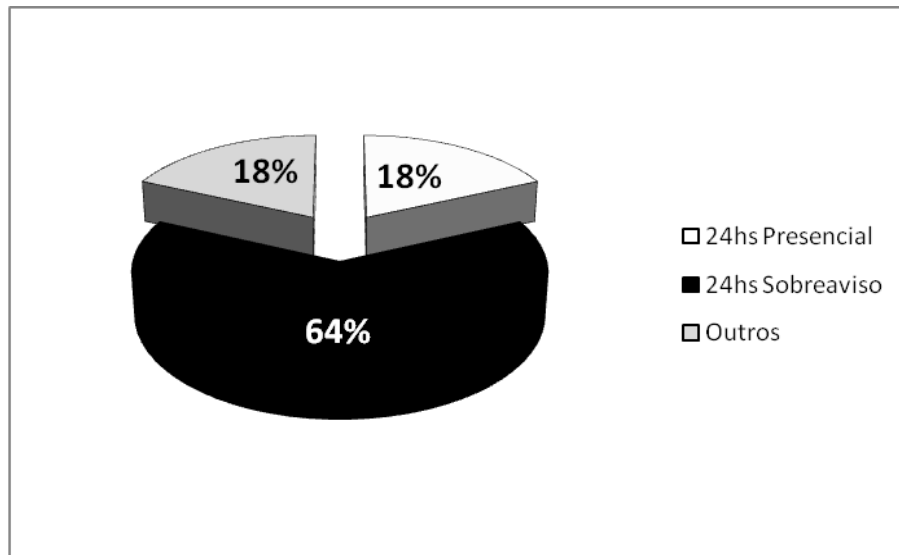


Figura 9 - Descrição da amostra quanto ao sistema de funcionamento das unidades de urgência e emergência nos plantões

A discreta maioria dos serviços odontológicos em funcionamento em regime de disponibilidade de 24h com sobreaviso, neste caso, a maioria funciona em horário comercial e depois do expediente o plantonista é chamado ao local para atendimento do cliente ou cliente. Provavelmente a adoção deste sistema ocorre em razão do alto custo exigido para dispor de instalações em profissionais em regime de 24h presencial, tido como o ideal em se tratando de unidade de urgência, pois como sabe-se acidentes e emergências não tem hora para acontecer e qualquer pessoa está sujeito a necessitar deste tipo de serviço e o tempo do deslocamento do profissional acionado ao local poderá causar um nível de ansiedade em cliente e/ou responsáveis ou acompanhantes dependendo da gravidade da urgência.

A figura 10 mostra a significativa maior prevalência amostral de gestores que indicam a existência de uma estratégia definida de coordenação de atividades diárias da instituição.

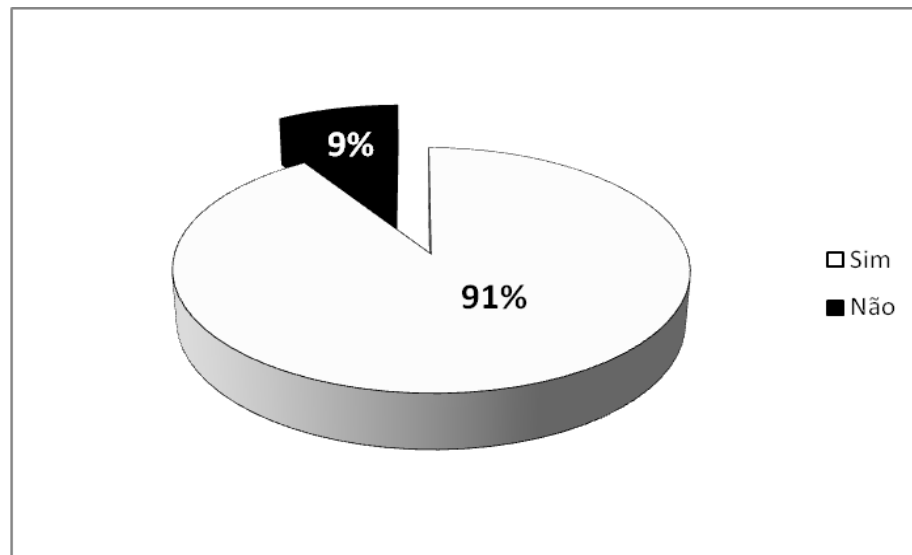


Figura 10 - Descrição da amostra quanto à existência de uma estratégia definida para a realização das atividades diárias do setor

O reconhecimento de estratégia definida pela significativa maioria dos gestores responde ao questionamento principal desta pesquisa que se propôs a investigar se existe a aplicação da gestão na rotina de unidades de atendimento em urgência na Odontologia no município de Belém do Pará. Porém somente a existência não é garantia de um fluxo adequado de atendimento e funcionamento, pois muitas variáveis influenciam no êxito da estratégia adotada.

A inexistência de protocolos de atendimento pode ser considerado uma lacuna a ser preenchida e sugestivo como melhoria ou ajuste, que num primeiro momento pode parecer como uma burocracia a mais, mas na situação de atendimento no dia-a-dia poderia facilitar ao operador profissional dentista que realiza o atendimento ter um direcionamento mais específico do estado atual do cliente na urgência, abolindo uma única ficha clínica padrão para todos.

A tabela 3 mostra o aspecto de planejamento e manutenção, na visão dos gestores, através dos índices absoluto e relativo, e da comparação das prevalências, através do teste do qui-quadrado.

Tabela 3- Características descritivas relacionadas ao planejamento e manutenção na visão do gestor (absoluto e relativo) e comparação das prevalências (qui-quadrado)

Variável	Prevalência			Comparação	
				χ^2	p
A instituição reconhece a existência de um planejamento estratégico em sua gestão?	Sim	Mais ou Menos		4,46	0,04*
	9 81,8%	2 18,2%			
Os gestores da instituição participam da elaboração de algum planejamento estratégico?	9 81,8%	2 18,2%		4,46	0,04*
Caso sim, este planejamento estratégico é claramente definido e sistematicamente aplicado?	Sim	Não		4,46	0,04*
	9 (81,8%)	2 (18,2%)			
Tem havido tentativas para implantar ou definir alguma estratégia de gestão na gestão da instituição?	Sim	Não	Mais ou Menos	3,46	0,18
	6 54,5%	4 36,4%	1 9,1%		
A instituição utiliza em sua gestão algum meio de controle?	Sim	Mais ou Menos		2,27	0,13
	8 (72,7%)	3 (27,3%)			
Os instrumentos de controle são adequados?	Sim	Não	Mais ou Menos	3,46	0,18
	6 (54,5%)	1 (9,1%)	4 (36,4%)		
Os controles são facilmente entendidos pelos executores?	Sim	Mais ou Menos		2,27	0,13
	8 (72,7%)	3 (27,3%)			
Existe coordenação (gerência) hierárquica em todos os níveis da instituição?	Sim	Não	Mais ou Menos	11,64	<0,01*
	9 (81,8%)	1 (9,1%)	1 (9,1%)		
É feito periodicamente a estatística de clientes atendidos ou dos procedimentos executados?	Sim	Não		7,36	0,01*
	10 (90,9%)	1 (9,1%)			
Com que frequência os dados são registrados?	Semanal	Mensal	Todas as Anteriores	4,55	0,10
	2 (18,2%)	7 (63,6%)	2 (18,2%)		
Qual a periodicidade de manutenção dos equipamentos?	Trimestral	Semestral	Quando Anormalidades	0,73	0,70
	5 (45,5%)	3 (27,3%)	3 (27,3%)		

Fonte: Elaborada pela autora.

Na tabela 3 se pode constatar que a discreta maioria dos gestores investigados considera que tem havido tentativas para implantar ou definir alguma estratégia de gestão na gestão da instituição; que a instituição usa algum meio de controle na sua gestão; que os instrumentos de controle usados pela instituição são adequados; que os controles são de fácil compreensão pelos executores; que os dados do setor são registrados mensalmente; e que a manutenção dos equipamentos ocorre trimestralmente.

A tabela 3 ainda mostra que a maioria significativa dos gestores investigados aponta que a instituição reconhece a existência de um planejamento estratégico em sua gestão; que os gestores da instituição participam da elaboração de algum planejamento estratégico; que este planejamento estratégico é claramente definido e sistematicamente aplicado; que existe coordenação (gerência) hierárquica em todos os níveis da instituição; e que é feito periodicamente a estatística de clientes atendidos ou dos procedimentos executados.

A figura 11 mostra a significativa maior prevalência amostral de gestores que entende que a instituição reconhece a existência de um planejamento estratégico em sua gestão.

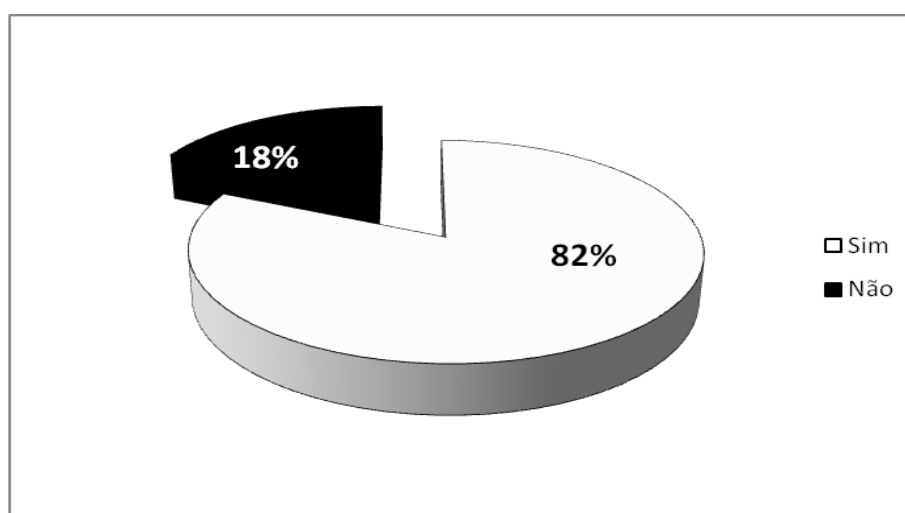


Figura 11 - Descrição da amostra quanto a existência de um planejamento estratégico na gestão

O reconhecimento da gestão como parte integrante da instituição demonstra a evolução dos prestadores de serviços de saúde que há algum tempo vem despertando para a elaboração de processos de gestão incluindo o planejamento estratégico, questões de liderança, gestão de pessoas, controle financeiro, porque há a necessidade do planejamento da rotina ou não irá funcionar como o esperado. Com a correta aplicação da gestão o profissional tem uma visão para planejar o negócio de forma estruturada e baseado em fatos comprovados ao longo do tempo, pois a gestão se vale de registros documentais que permitem ao acompanhamento da evolução dos itens analisados para que futuramente possa aplicar mudanças que se apresentem necessárias.

A figura 12 mostra a significativa maior prevalência amostral de gestores que reconhecem que os gestores da instituição participam da elaboração de algum planejamento estratégico.

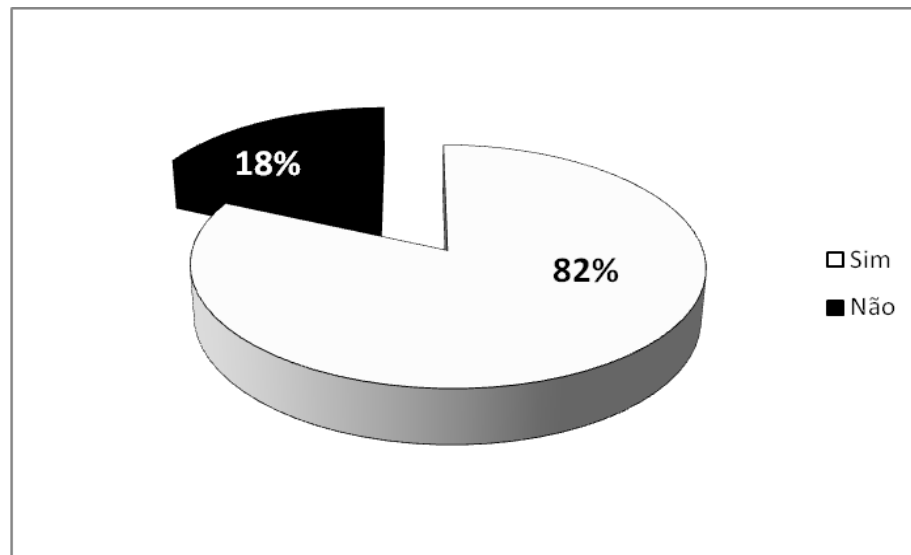


Figura 12 - Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores de sua participação na elaboração no planejamento estratégico da instituição

A multidisciplinaridade dos serviços de saúde favorece a integração de profissionais para um olhar completo sobre o indivíduo ou cliente e dessa maneira a integração de vários setores da instituição desde o profissional que recebe e encaminha para o atendimento o cliente até a alta direção necessitam cooperar com informações sobre o processo de trabalho da instituição.

A figura 13 mostra a significativa maior prevalência amostral de gestores que entendem que o planejamento estratégico é claramente definido e sistematicamente aplicado na instituição.

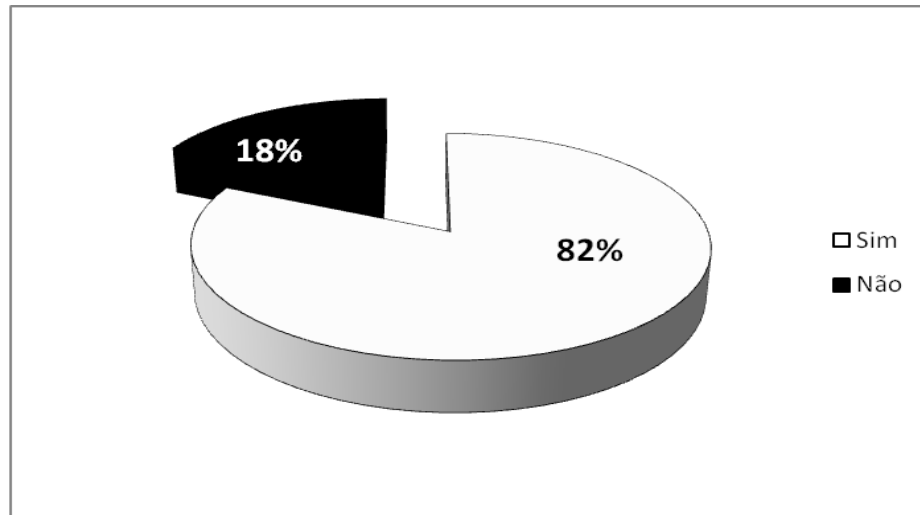


Figura 13 - Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores acerca da clareza e sistematicidade da aplicação do planejamento estratégico da instituição

Apesar da diferença significativa dos gestores acerca da aplicação do planejamento estratégico o aprofundamento da questão ainda é pertinente, pois não ficou claro se há a retroalimentação das informações por seus subordinados e colaboradores, ficando esta questão em aberto para investigações futuras.

A figura 14 mostra a discreta maior prevalência amostral de gestores que entendem ter havido tentativas para a implantação ou definição de alguma estratégia de gestão na gestão da instituição.

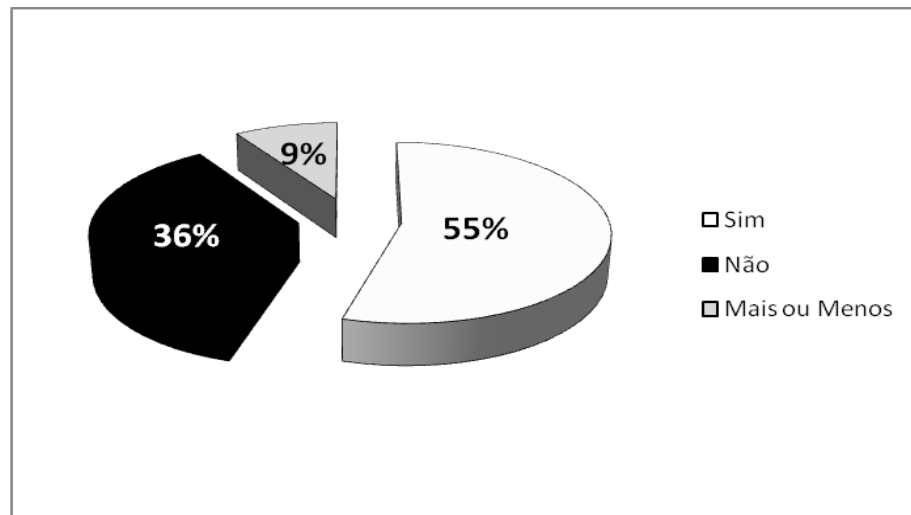


Figura 14 - Descrição da amostra quanto à ocorrência de tentativas de implantação de estratégias na gestão institucional

A importância de avaliações periódicas das estratégias adotadas compreende a parte do controle onde o acompanhamento e a avaliação desse processo que não é inerte e pode sim ser cada vez mais aperfeiçoado através de inovações que venham a agregar valor ao serviço, como por exemplo, um novo aparelho mais eficiente e moderno de rx para um auxílio de diagnóstico, além de outros aspectos como estudar o número de clientes, perfil destes, e outros elementos do ambiente que se deve estar atento segundo Ribeiro (2004) são a tecnologia, o governo e as condições econômicas, pois estes podem interferir diretamente na formulação da estratégia.

A figura 15 mostra a discreta maior prevalência amostral de gestores que reconhecem que a instituição utiliza em sua gestão algum meio de controle.

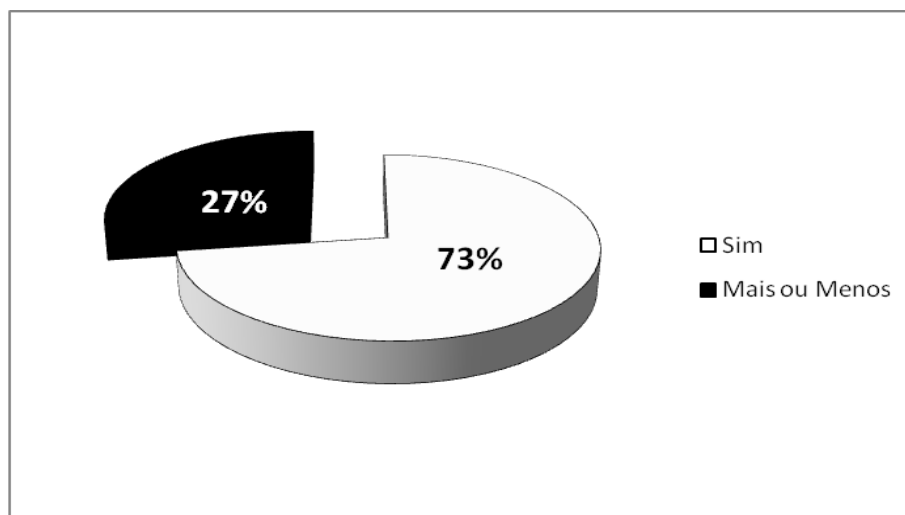


Figura 15 - Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores a cerca do uso de meios de controle na gestão da instituição

Os controles mais utilizados nos serviços de pronto atendimento compreendem a preenchimentos de fichas e relatórios para alimentação de dados estatísticos para controle de clientes atendidos, controle de uso dos materiais, controle de estoque de instrumental e material.

A figura 16 mostra a discreta maior prevalência amostral de gestores que considera que os instrumentos de controle usados na instituição, são adequados ao seu funcionamento.

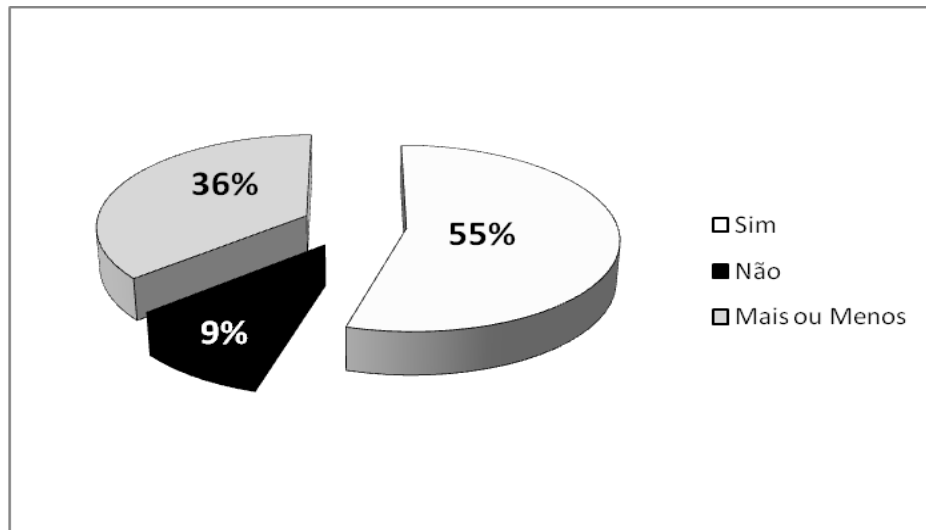


Figura 16 - Descrição da amostra quanto à adequação dos instrumentos de controle usados na instituição

Os mecanismos de controle utilizados precisam atender a necessidade do serviço, no caso de insumos e materiais utilizados nas unidades de emergência odontológica pode-se facilmente obter uma média pelo número de clientes atendidos num certo período (dia, semana, mês) e relacionar com o procedimento que foi realizado no cliente para ter um controle exato do que foi utilizado naquele período.

A figura 17 mostra a discreta maior prevalência amostral de gestores que considera que os mecanismos de controle usados na instituição, são de fácil entendimento pelos executores.

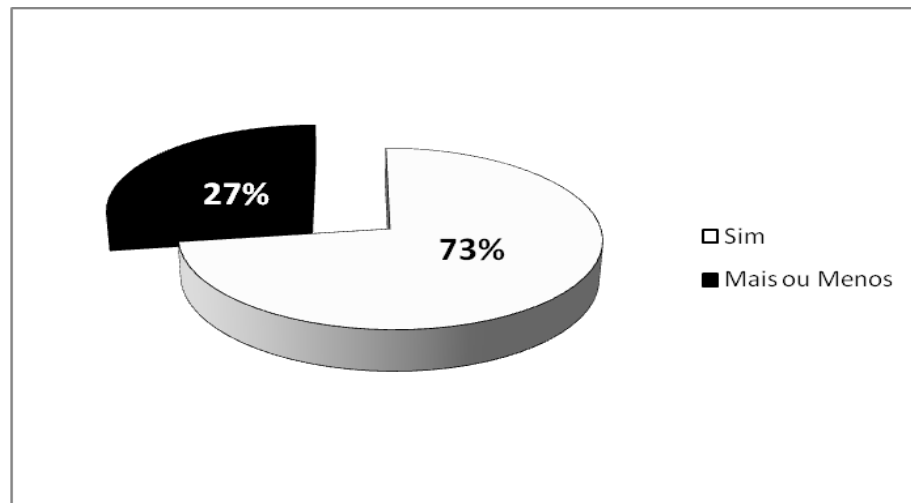


Figura 17 - Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores acerca da facilidade de entendimento pelos executores dos controles usados na instituição

Segundo Ribeiro Filho (2009) as atividades de controle devem estar distribuídas por toda a organização por isso a importância de sua compreensão pelos colaboradores. Elas incluem uma gama de controles preventivos e detectivos como procedimentos de autorização e aprovação, distribuição das funções, controles de acesso a recursos e registros, verificações, conciliações, revisões de desempenho, avaliação de operações, de processos e atividades, supervisão direta e não somente à detecção de erros.

A figura 18 mostra a significativa maior prevalência amostral de gestores que reconhece na instituição, a existência de uma coordenação (gerência) hierárquica em todos os níveis institucional.

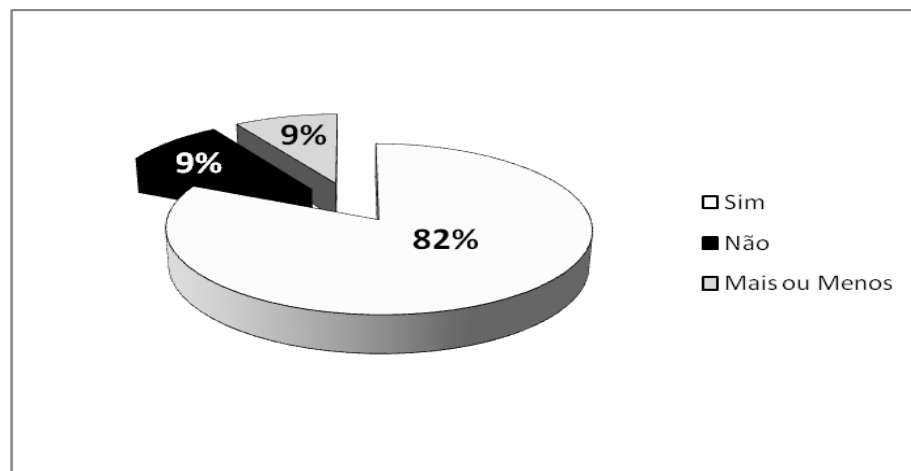


Figura 18 - Descrição da amostra quanto à existência de uma coordenação hierárquica na instituição

Há o reconhecimento de coordenação hierárquica em todas as instituições, mas ressalta-se que 5 instituições da amostra são organizações militares onde a hierarquia e disciplina fazem parte dos princípios fundamentais de valores desde sua fundação.

A figura 19 mostra a significativa maior prevalência amostral de gestores que considera que é feito na instituição, periodicamente, a estatística de clientes atendidos ou dos procedimentos executados.

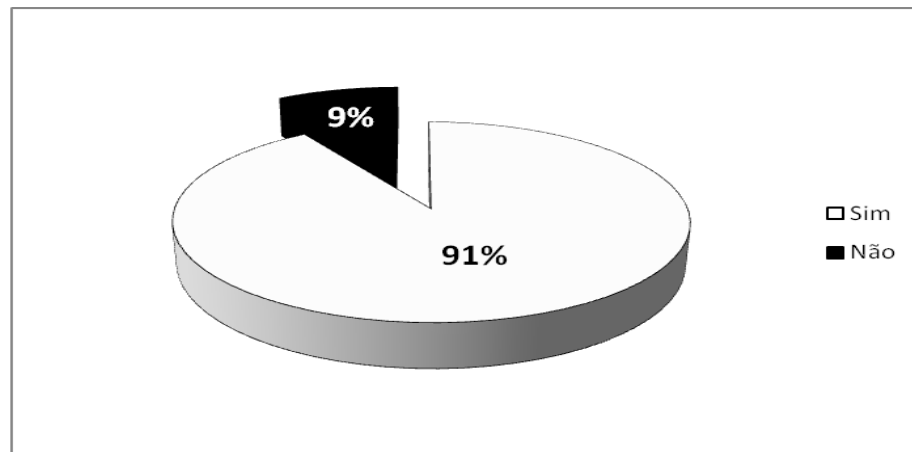


Figura 19 - Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores a cerca da realização de estatísticas de controle na instituição

A função controle é responsável pela retroalimentação do processo de gestão, ou seja, vai ser aferido se o que foi planejado está sendo executado através dos resultados obtidos na estatística. É de suma importância no processo, mas a verificação da qualidade de atendimento na ação em curso também deve ser levada em consideração já que repercutirá em otimização dos resultados.

A figura 20 mostra a discreta maior prevalência amostral de gestores que afirma que os dados da instituição são registrados mensalmente.

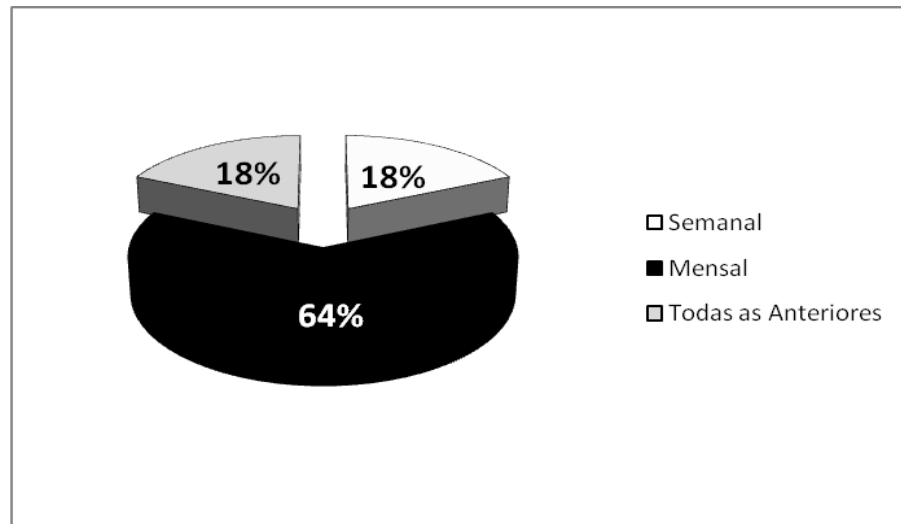


Figura 20 - Descrição da amostra quanto à frequência de registro dos dados da instituição

O registro de dados mensal se adequa para a maioria das instituições, pois permite ter uma média de vários mecanismos de controle, previsão orçamentária, número de atendimentos, número de procedimentos, e é válido para os mecanismos de alimentação de informação.

A figura 21 mostra a discreta maior prevalência amostral de gestores que afirma que os equipamentos da instituição têm sua manutenção realizada trimestralmente.

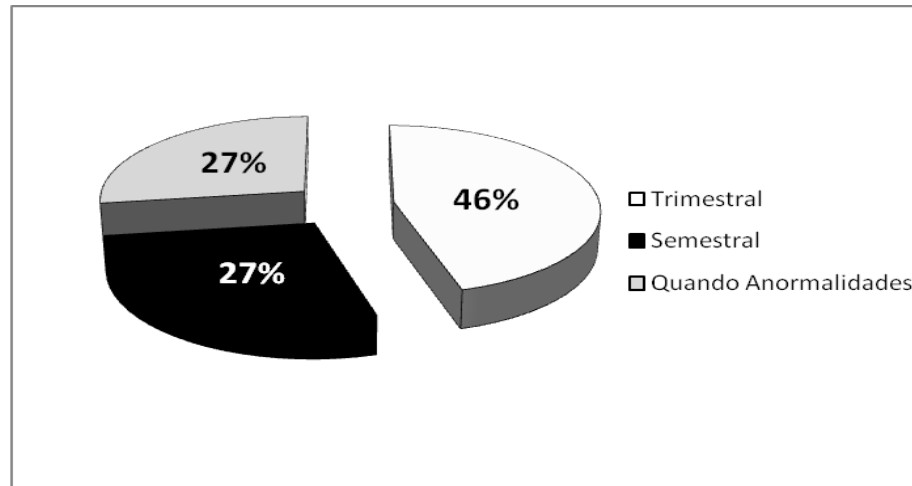


Figura 21 - Descrição da amostra quanto à periodicidade de manutenção dos equipamentos da instituição

Segundo Martins (1996, p. 96) que analisou e definiu os conceitos de:

- “Gasto: Sacrifício Financeiro com que a entidade arca para a obtenção de um produto ou serviço qualquer, sacrifício esse representado por entrega ou promessa de entrega de ativos;
- Investimentos: Gasto ativado em função de sua vida útil ou de benefícios atribuíveis a futuros períodos;
- Custo: Gasto relativo a bem ou serviço utilizado na produção de outros bens ou serviços;
- Despesa: Bem ou serviço consumido direta ou indiretamente para obtenção de receitas;
- Desembolso: Pagamento resultante da aquisição do bem ou serviço.”

Esses conceitos podem ser pensados como um ciclo: o equipamento, no caso equipo odontológico (ativo) usado no processo produtivo, que foi gasto e se transformou em investimento e posteriormente considerado parcialmente como custo, torna-se uma despesa do período em que venha a ficar parado. No caso deste equipamento apresentar uma pane em decorrência da não manutenção adequada ele se caracterizará como “perda” por corresponder à redução do patrimônio.

No caso da Odontologia para efeito de avaliação de estoque de material pode-se apurar custo.

A tabela 4 mostra o aspecto relativo à gestão participativa e a integração da equipe de trabalho, na visão dos gestores, através dos índices absoluto e relativo, e da comparação das prevalências, através do teste do qui-quadrado.

Tabela 4 - Características descritivas relacionadas ao aspecto de gestão participativa e integração da equipe na visão do gestor (absoluto e relativo) e comparação das prevalências (qui-quadrado)

Variável	Prevalência			Comparação	
				χ^2	p
Os funcionários mais diretos das chefias participam da elaboração de sugestões para a melhoria da dos serviços?	Sim	Não	Mais ou Menos	11,64	<0,01*
	9	1	1		
	81,8%	9,1%	9,1%		
Os funcionários agem conforme o espírito de equipe?	Sim	Mais ou Menos		4,46	0,04*
	9 (81,8%)	2 (18,2%)			
A coordenação é compreendida e aceita pelos colaboradores?	9	2		4,46	0,04*
	81,8%	18,2%			
Os colaboradores são chamados a opinar ou sugerir sobre programas e execução dos seus trabalhos?	Sim	Não		2,27	0,13
	8	3			
	72,7%	27,3%			
O ambiente de trabalho favorece as suas atividades na instituição?	8	3		2,27	0,13
	72,7%	27,3%			
O relacionamento com os colegas favorece a execução das atividades na instituição?	10	1		7,36	0,01*
	90,9%	9,1%			

Fonte: Elaborada pela autora.

Na tabela 4 se pode constatar que a discreta maioria dos gestores investigados, aponta que os colaboradores são chamados a opinar ou sugerir sobre programas e execução dos seus trabalhos; e que o ambiente de trabalho favorece as suas atividades na instituição.

A tabela 4 ainda mostra que a maioria significativa dos gestores investigados indica que os funcionários mais diretos das chefias participam da elaboração de sugestões para a melhoria da dos serviços; que os funcionários agem conforme o espírito de equipe; que a coordenação é compreendida e aceita pelos colaboradores; e que o relacionamento com os colegas favorece a execução das atividades na instituição.

A figura 22 mostra a significativa maior prevalência amostral de gestores que afirmam que os funcionários mais diretos das chefias participam da elaboração de sugestões para a melhoria dos serviços na instituição.

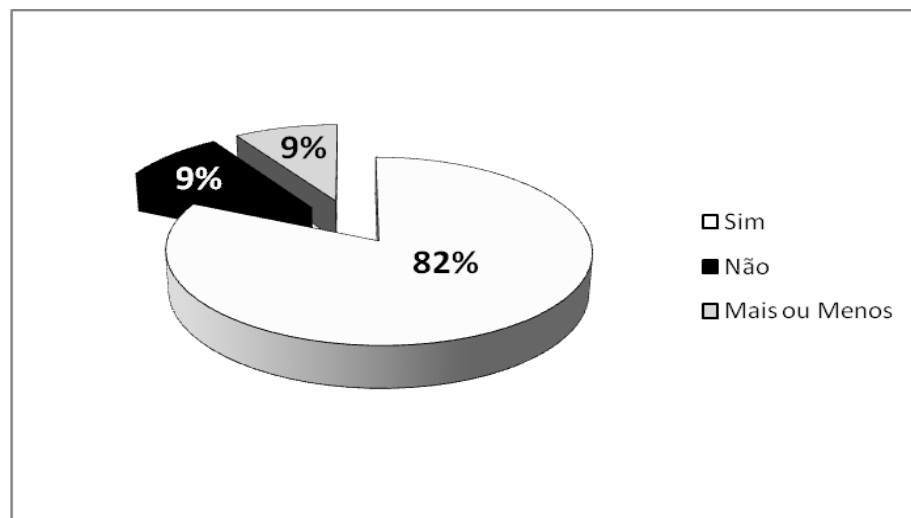


Figura 22 - Descrição da amostra quanto à participação dos funcionários na elaboração de sugestões para a melhoria do atendimento da instituição

A capacidade do gestor em ouvir as sugestões dos colaboradores os estimula a fornecer idéias, e essas que tenham aplicações práticas e gerem resultados merecem ser implementadas. Muitas organizações possuem sistemas de sugestões e ainda programa de recompensas como forma de reconhecimento aos colaboradores.

A figura 23 mostra a significativa maior prevalência amostral de gestores que considera que os funcionários da instituição atuam com espírito de equipe.

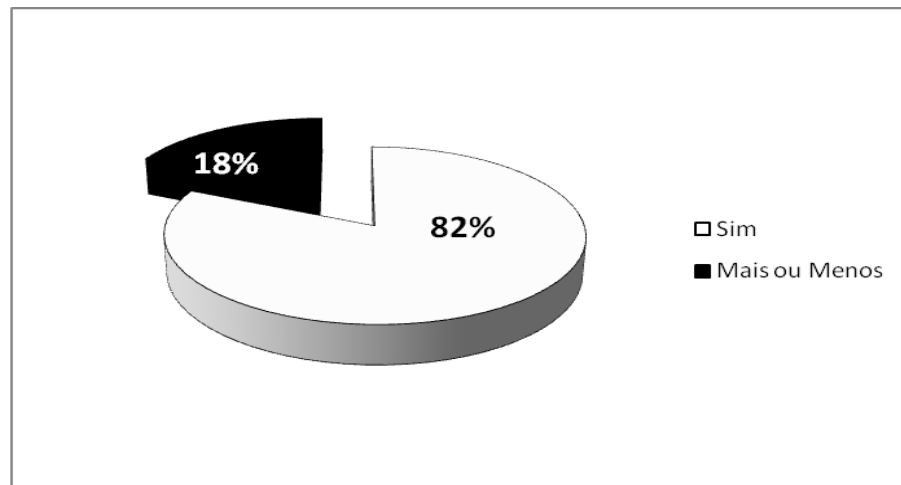


Figura 23 - descrição da amostra quanto à percepção dos gestores acerca do espírito de equipe entre os funcionários da instituição

É desejável que o gestor tenha a capacidade de acompanhar e reter pessoas com um bom desempenho, atribuindo metas e desafios que estimulem o crescimento profissional de cada um e ao mesmo tempo valorizando esta contribuição no desempenho total da instituição, fortalecendo o grupo e valorizando a equipe.

A figura 24 mostra a significativa maior prevalência amostral de gestores que considera que a coordenação é compreendida no trabalho.

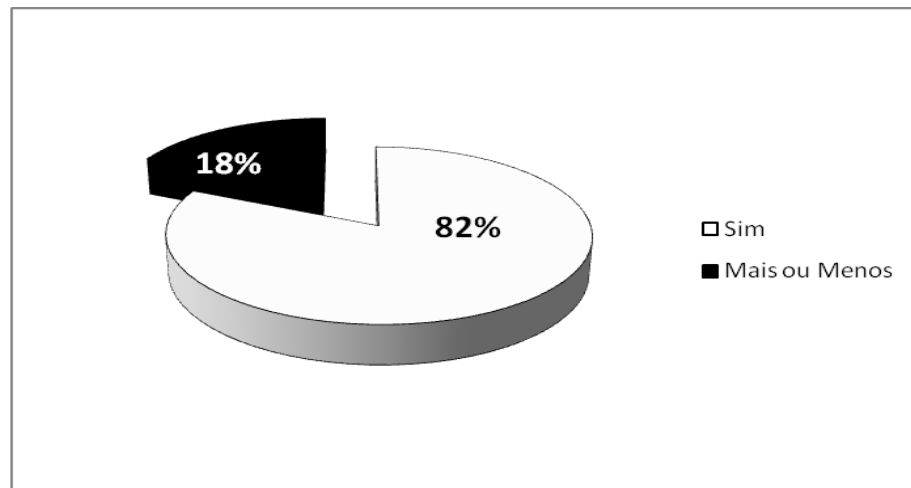


Figura 24 - Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores sobre a compreensão dos funcionários da instituição sobre a coordenação.

Os gestores devem passar informações claras sobre o todo o funcionamento da organização, para que o planejamento seja entendido e aplicado por todos os colaboradores, as instruções devem ser claras para ser compreendidas em todos os níveis da instituição.

A figura 25 mostra a discreta maior prevalência amostral de gestores que considera que os colaboradores da instituição são chamados a opinar ou sugerir sobre programas e execução dos seus trabalhos na instituição.

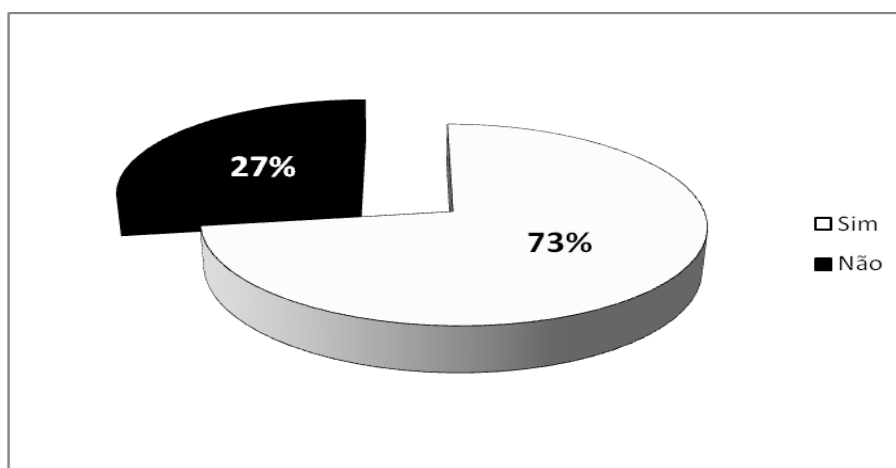


Figura 25 - Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores da participação dos colaboradores no processo de opinião e sugestão dos programas institucionais.

A valorização da opinião dos colaboradores deve ser cultivada pelo gestor, principalmente os de talentos perceptíveis de alto nível, pois suas idéias podem contribuir positivamente para alcançar os objetivos da organização.

A figura 26 mostra a discreta maior prevalência amostral de gestores que considera que o ambiente de trabalho em que atua, favorece as suas atividades na instituição.

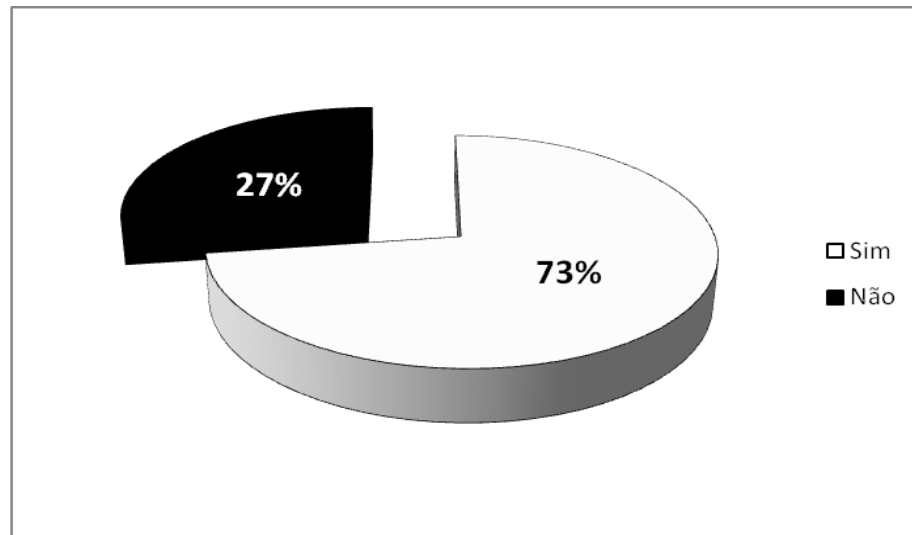


Figura 26 - Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores sobre o ambiente de trabalho favorecer suas ações na instituição

É papel do gerente controlar as condições de segurança, higiene e saúde ocupacional de seus colaboradores, as condições com o meio ambiente, a organização da área de trabalho sob seu controle.

Os profissionais de saúde por trabalhar em ambiente considerado insalubre como hospitais, clínicas, consultório odontológico em que utilizam aparelho de diagnóstico por imagem (rx), mesmo que receba o percentual remuneratório a que tem direito, o profissional não é devidamente compensado por todos os males que lhe estão a atingir sua saúde, já que este profissional é duplamente acometido pela salubridade e periculosidade no desempenho de suas funções. Apesar de ser majoritário o entendimento de que não é possível a acumulação de adicionais de periculosidades e insalubridades, deve-se ser bastante cauteloso, por não se estar a privilegiar um dispositivo que não ofertou maior atenção aos preceitos fundamentais consagrados pela constituição de 1988, sendo o dispositivo oriundo de época em que se estava a privilegiar interesses outros e não a pessoa humana e a incolumidade de sua saúde (Ferreira, 2014).

A figura 27 mostra a significativa maior prevalência amostral de gestores que considera que o relacionamento com os colegas favorece a execução das atividades na instituição.

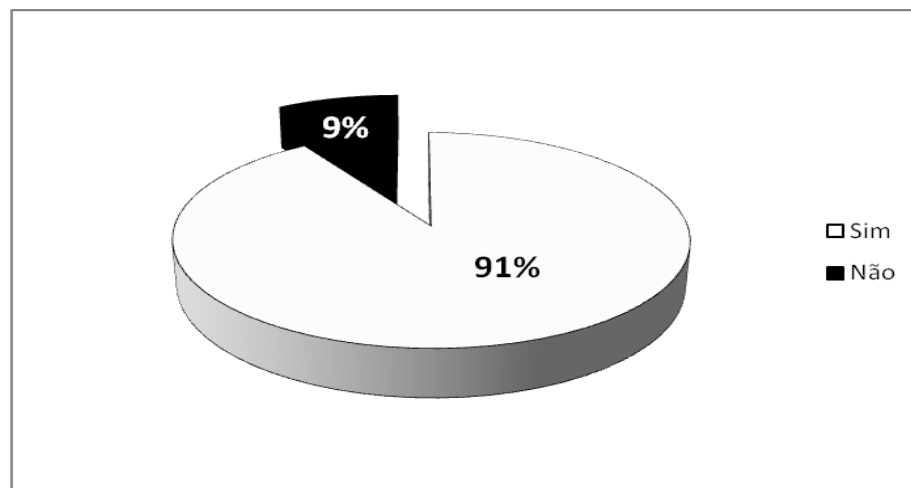


Figura 27 - Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores sobre o favorecimento no trabalho por conta do relacionamento com os colegas da instituição

A habilidade do gestor em estabelecer contatos interpessoais harmônicos em diferentes níveis hierárquicos favorece o ambiente de trabalho e seu talento em interagir com grupos formados por pessoas com conhecimentos diversos e complementares propicia a otimização dos resultados.

A tabela 5 mostra o aspecto relativo ao atendimento clínico e protocolos, na visão dos gestores, através dos índices absoluto e relativo, e da comparação das prevalências, através do teste do qui-quadrado

Tabela 5 - Características descritivas relacionadas ao aspecto do atendimento clínico e dos protocolos na visão do gestor (absoluto e relativo) e comparação das prevalências (qui-quadrado)

Variável	Prevalência		Comparação	
	Sim	Não	χ^2	p
Existe na instituição um protocolo padrão para acolhimento, cadastramento e atendimento dos clientes?	10 (90,9%)	1 (9,1%)	7,36	0,01*
Se sim, este protocolo é subdividido em fichas específicas?	3 27,3%	8 72,7%	2,27	0,13
Existe uma escala indicativa do estado de dor ou desconforto do cliente, para ajudar a identificar esta intensidade?	1 9,1%	10 90,9%	7,36	0,01*

Fonte: Elaborada pela autora.

Na tabela 5 se pode constatar que a discreta maioria dos gestores investigados afirma que o protocolo padrão adotado na instituição não é em fichas específicas, enquanto a maioria significativa destes gestores afirma que em sua instituição de trabalho existe um protocolo padrão usado para o acolhimento, o cadastramento e o atendimento dos clientes; e que não é comum a existência no momento do atendimento, de alguma escala indicativa do estado de dor ou desconforto para ajudar a identificar esta intensidade de dor.

A figura 28 mostra a significativa maior prevalência amostral de gestores que considera a existência na instituição, de um protocolo padrão para acolhimento, cadastramento e atendimento dos clientes.

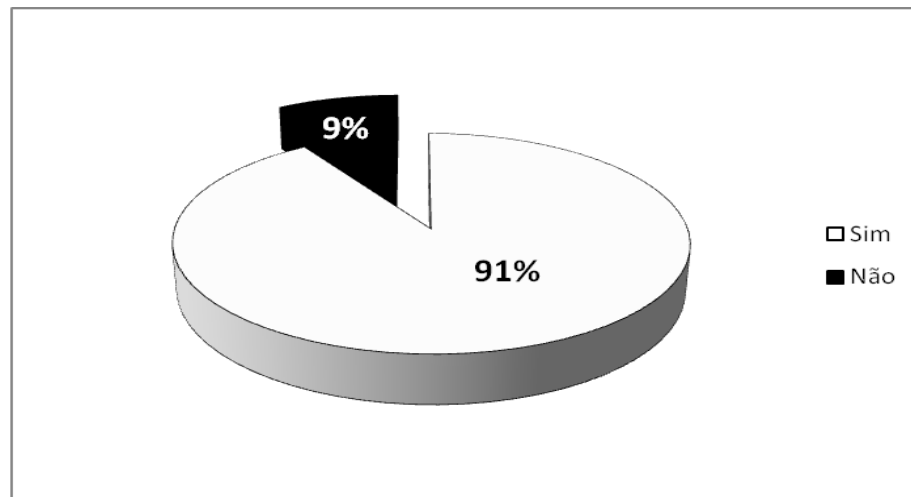


Figura 28 - Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores sobre a existência de um protocolo padrão de atendimento na instituição

Apesar de existir um protocolo padrão, este quase sempre é precedido pela espera em uma fila, onde o critério é a ordem de chegada, o que gera uma ansiedade adicional para quem aguarda o atendimento. A sugestão de um protocolo de prioridades poderá ser adotada pelas instituições como sugestão da melhora do fluxo pelo modelo proposto exposto no trabalho. Fichas.

A figura 29 mostra a discreta maior prevalência amostral de gestores que considera que o protocolo adotado na instituição não é subdividido em fichas específicas.

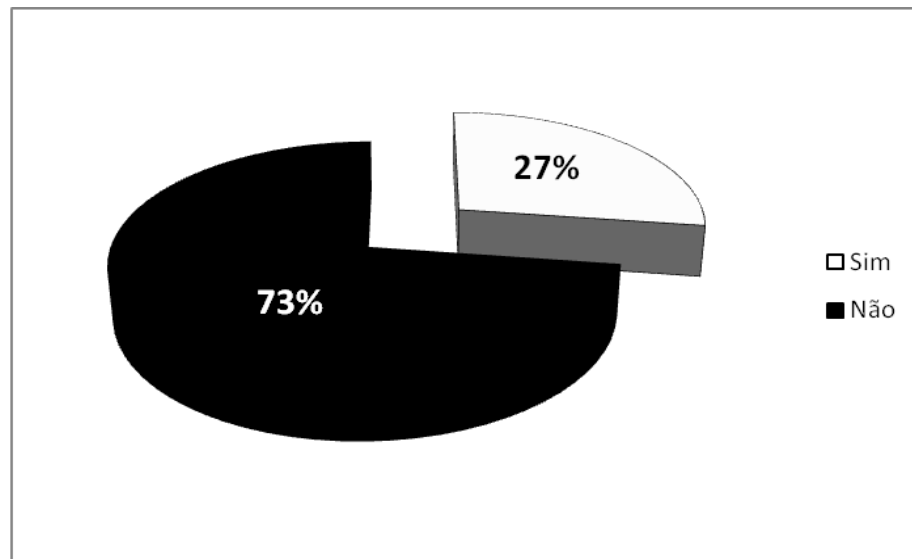


Figura 29 - Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores sobre adoção de um protocolo de atendimento em fichas específicas na instituição.

A adoção da ficha clínica de modelo único poderia ser substituída com base nos procedimentos mais comuns em emergência por fichas específicas, onde a anamnese seria direcionada para um tipo específico de ocorrência. As mudanças sempre encontram resistência, mas esta medida ajudaria no rápido diagnóstico e na tomada de decisão para agir imediatamente sem deixar escapar nenhum detalhe do cliente.

A figura 30 mostra a discreta maior prevalência amostral de gestores que considera não existir no momento do atendimento, alguma escala indicativa do estado de dor ou desconforto para ajudar o cliente a identificar esta intensidade de dor.

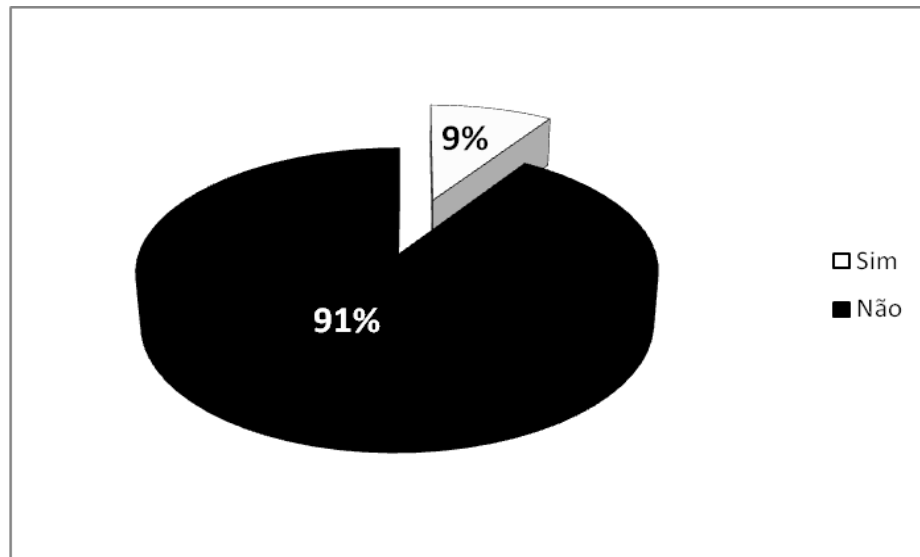


Figura 30 - Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores sobre a dificuldade de relatar a dor do cliente

A utilização de escalas de dor é outra sugestão a ser adotada, pois em muitos casos há uma dificuldade em relatar a intensidade ou qualidade dessa dor, é útil no atendimento de crianças, idosos, pessoas com dificuldades motoras, acometidas de trismo e outras situações em que couber, para contribuir na escolha da medicação a ser prescrita para o cliente e uso de medicação anestésica que será utilizada durante o atendimento.

A tabela 6 mostra o aspecto relativo ao controle social e ao encaminhamento, na visão dos gestores, através dos índices absoluto e relativo, e da comparação das prevalências, através do teste do qui-quadrado

Tabela 6 - Características descritivas relacionadas ao aspecto do controle social e do encaminhamento na visão do gestor (absoluto e relativo) e comparação das prevalências (qui-quadrado)

Variável	Prevalência	Comparação	
		χ^2	p
O cliente recebe orientação para a posterior resolução definitiva do seu problema?	Sim		
	11 (100,0%)	---	---

Fonte: Elaborado pela autora.

Na tabela 6 se pode constatar que todos os gestores investigados consideram que o cliente recebe orientações para a posterior resolução definitiva de seu problema de saúde bucal.

A figura 31 mostra que todos os gestores da amostra afirmam que os clientes recebem orientação para a posterior resolução definitiva do seu problema como regra comum no trabalho da instituição.

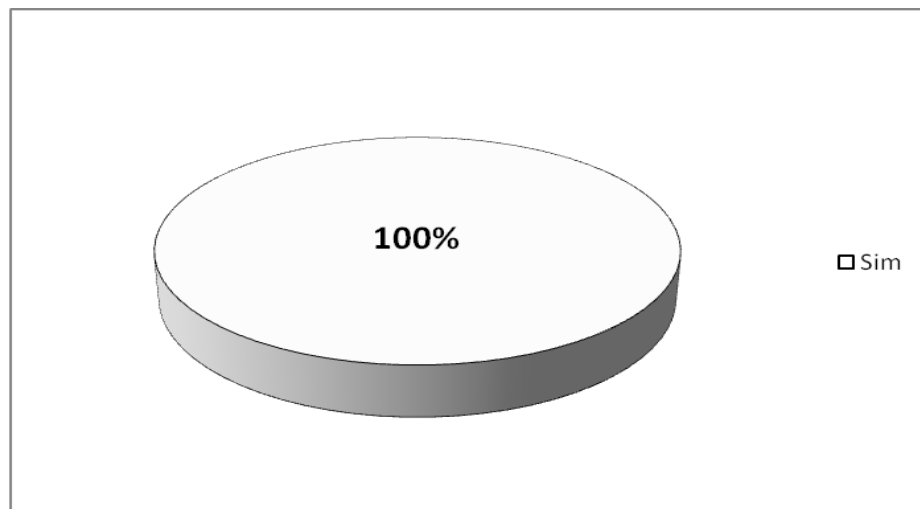


Figura 31 - Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores de que os clientes são orientados na instituição

A concordância absoluta do encaminhamento do cliente para a resolutividade definitiva do caso do cliente, se dá pelo profissional conhecer a complexidade que envolve os diferentes de problemas resolvidos, só que isso é temporário e para o alívio da dor do indivíduo, necessitando posteriormente de atendimento específico do especialista e acompanhamento regular do cirurgião-dentista.

Acontece muitas vezes de o cliente não conseguir atendimento com este profissional especialista, e se isso acontece, ele pode vir a precisar de um novo atendimento na emergência inflando o serviço por recidiva de dor e retorno à unidade de atendimento de emergência.

A tabela 7 mostra o aspecto relativo ao treinamento e a educação continuada da equipe, na visão dos gestores, através dos índices absoluto e relativo, e da comparação das prevalências, através do teste do qui-quadrado.

Tabela 7- Características descritivas relacionadas ao aspecto de treinamento e da educação continuada da equipe na visão do gestor (absoluto e relativo) e comparação das prevalências (qui-quadrado).

Variável	Prevalência		Comparação	
	Sim	Não	χ^2	p
Os profissionais responsáveis pela gestão são graduados ou tem conhecimentos específicos na área de gestão?	7 (63,6%)	4 (36,4%)	0,82	0,37
Os colaboradores têm incentivos para sua aprendizagem ou reciclagem pelo menos anualmente?	9 81,8%	2 18,2%	4,46	0,04*

Fonte:Elaborada pela autora

Na tabela 7 se pode constatar que a discreta maioria dos gestores investigados considera que os profissionais responsáveis pela gestão do setor são graduados ou tem conhecimentos específicos na área de gestão, enquanto a maioria significativa destes gestores afirma que os colaboradores têm incentivos para sua aprendizagem ou reciclagem pelo menos anualmente.

A figura 32 mostra a discreta maior prevalência amostral de gestores que considera que os profissionais responsáveis pela gestão na instituição, são graduados ou tem conhecimentos específicos na área de gestão.

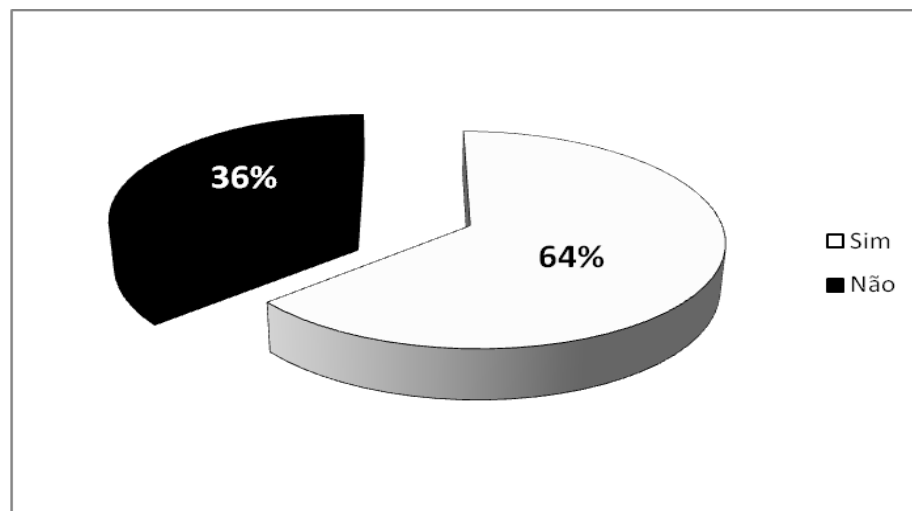


Figura 32 - Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores sobre a qualificação dos administradores para gerir

Isso demonstra o interesse e necessidade de aprender sobre a gestão no ramo da Odontologia, direcionando a estrutura interna de acordo com o público-alvo a que se destina o serviço, estudo de mercado, de consumidores e possíveis clientes, questões tributárias, negociação com fornecedores, treinamento de recursos humanos, investimento em sua própria capacitação.

A figura 33 mostra a significativa maior prevalência amostral de gestores que considera que os colaboradores da instituição têm incentivos para sua aprendizagem ou reciclagem pelo menos anualmente.

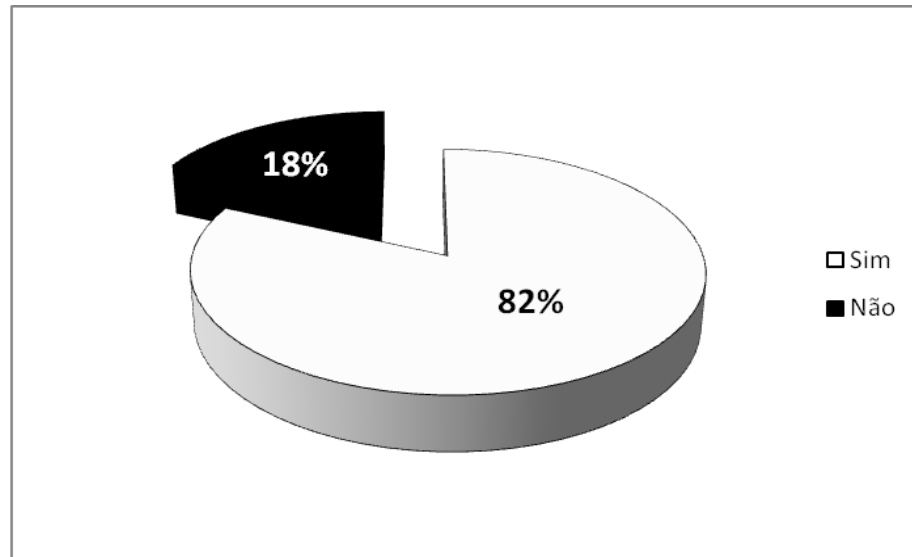


Figura 33 - Descrição da amostra quanto à percepção dos gestores acerca dos incentivos aos colaboradores para se atualizarem com frequência.

A importância da atualização de conhecimentos é reconhecida pelos gestores, e eles facilitam a participação de seus colaboradores em cursos, jornadas e congressos sempre que solicitados obedecendo a critérios próprios de cada instituição. Isso pode ser interpretado como uma motivação que segundo Chiavenato (2004) esta motivação e incentivo constante para que sempre realizem o melhor de suas habilidades na execução das tarefas. A busca pela qualificação é incentivada através da facilitação dos colaboradores para frequentar os cursos de capacitação promovida por entidades ligadas ao setor Odontológico.

Conclusão

A abordagem do tema gestão com cirurgiões-dentistas gestores de locais de atendimento de urgência e emergência comprova que a gestão se insere na prática do serviço de prestação de atendimento nas unidades em que a pesquisa foi aplicada e os resultados sugerem que os processos de gestão merecem ser aprofundados e executados com reavaliações periodicamente para que a retroalimentação das informações resulte numa melhoria contínua e eficiente na prestação do serviço.

A atuação do gestor está ligada a uma cadeia hierárquica presente nas instituições que compreende uma complexidade onde interagem os níveis de planejamento ou gerencial, tático e o operacional, exigindo para o exercício do cargo conhecimentos de conceitos e definições no ramo da gestão complementando os conhecimentos da sua área técnica de formação, a Odontologia.

O gerenciamento de pessoas faz parte da competência do gestor e o aprendizado organizacional é o requisito fundamental para a existência e o sucesso das instituições.

É de interesse da população que essas práticas gerenciais continuem a ser aplicadas, pois somente através de ações planejadas e engajamento responsável da alta direção tanto de setores públicos quanto privados irão reverter em benefícios para a população com a realização de um bom atendimento ao cliente, até que seja alcançado o almejado nível da excelência.

A ampliação do acesso a este tipo de atendimento no setor público merece uma atenção especial, uma vez que o número de unidades em relação à população ainda é reduzido, resultando em grande número de pessoas para atendimento e sobrecarga dos profissionais que os atendem.

Referências Bibliográficas

- Antunes, J.L.F., & Narvai, P.C. (2010). Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. (44(2), 360-5). *Rev. Saúde Pública*.
- Araújo, F.; & Fernandes, M.L.C. (2012). Controles Internos - com base no gerenciamento dos riscos em estrutura de governança. In: *Gestão baseada em resultado do setor público*. São Paulo: Atlas, p.169-174.
- Backes, D.S., Silva, D.M, Siqueira, H.H., & Erdman, A.L. (2007). O produto do serviço de enfermagem na perspectiva da gerência da qualidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28(2):163-70, jan.
- Barros, A.J.D., & Bertoldi, A.D. (2002). Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Cien. Saúde Colet*; 7(4):709-717.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal.
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. *Diretrizes da política nacional de saúde bucal*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Serviços odontológicos: prevenção e controle de riscos*. Brasília: Ministério da Saúde. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- Brito, C.L. (2013). *Sociedade Simples segundo o Código Civil de 2002*. Acedido em 18 de Setembro de 2014, em http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=11709
- Bugarin, M.S., Vieira, L.M., & Garcia, L.M. (2003). Controle dos gastos públicos no Brasil: instituições oficiais, controle social e um mecanismo para ampliar o envolvimento da sociedade. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer.
- Campos, G.W.S. (1998). O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Publica*, 14(4):863-870, out-dez.
- Chiavenato, I. (1998). *Recursos humanos*. São Paulo: Atlas, p.16-17.
- Chiavenato, I. (2000). *Introdução à teoria geral da gestão*. São Paulo: Elsevier.
- Chiavenato, I. (2004). *Introdução à teoria geral da gestão: uma visão abrangente da moderna gestão das organizações*. (7ª ed. rev. e atual. 12ª Reimpressão). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Chiavenato, I. (2005). *Gestão de pessoas*. São Paulo: Elsevier.

- Ciena, A.P., Gatto, R., Pacini V.C., Picanço V.V., Magno I.M.N., & Loth, E.A. (2008). Influência da intensidade da dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idosos e de adultos jovens. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, 29(2):201-12.
- Código de Ética Odontológica. *Resolução CFO-118/12*. Acedido em 22 de agosto de 2014, em http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/codigo_etica.pdf
- Cartilha CRO-Sebrae. (2014). Caderno como abrir e fazer a gestão de uma clínica odontológica. Acedido em 13 de outubro de 2014, em: http://www.crosc.org.br/arquivos_pdf/Cartilha_CRO_Sebrae_2014.pdf
- Da Silveira Pinto, R., Matos, D.L., & De Loyola Filho, A.I. (2012). Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 2, p. 531-544.
- Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Acedido em 28 de novembro de 2014, em <http://www.dicio.com.br/percepcao/>
- Drucker, P. (1977). *Introdução à gestão*. São Paulo: Pioneira.
- Ferreira, J.L. (2014). Possibilidade de acumulação do adicional de insalubridade e periculosidade e a (des) compensação pelo risco suportado no desempenho das atividades expostas a substâncias radioativas na área médica. *Direito UNIFACS–Debate Virtual*, (n. 164).
- Fischmann, A.A., & Almeida, M.I.R.(1991). *Planejamento estratégico na prática*. São Paulo, Atlas. (2 ed.).
- Fortunato, J. et. al. (2013). Escalas de dor no cliente crítico: uma visão integrativa. *Revista HUPE*, Rio de Janeiro, 12 (3):110-117.
- Holanda, V.B., & Vieira, L.M. (2009). Teoria do controle aplicada ao setor público. In: Ribeiro Filho, J.F., Lopes, J., & Pederneiras, M. (org.). *Estudando teoria da contabilidade*. São Paulo: Atlas.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014). *Estimativas de população dos municípios*. Acedido em 13 de outubro de 2014, em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/>
- Jorge, A. (2012). A formação do enfermeiro e os conteúdos curriculares necessários para aquisição de competências e habilidades para o planejamento e a gestão em saúde. *Gestão e Saúde*, 3(3), p. 1013-1030. Acedido em 03 de dezembro de 2014, em <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/>
- Junqueira, C.H.Z. (2006). *Proposta de modelo de planejamento estratégico para serviços profissionais odontológicos*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Escola Politécnica de São Paulo.

- Kawata, L.S. et. al. (2013). Os desempenhos da enfermeira na saúde da família: construindo competência para o cuidado. *Texto contexto - enferm.* [online]. (v. 22, n.4, p. 961-970). Acedido em 25 de novembro de 2014, em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400012>.
- Lei nº 8.080/90 de 19 de setembro. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Acedido em 18 de novembro de 2014 em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
- Lei nº 8.212/91 de 24 de julho. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Acedido em 18 de novembro de 2014 em <http://www.jusbrasil.com.br/topicos/11364324/alinea-h-do-inciso-v-do-artigo-12-da-lei-n-8212-de-24-de-julho-de-1991>.
- Lopes, J. (2006). *O fazer do trabalho científico em ciências sociais aplicadas*. Recife: Editora Universitária UFPE.
- Lourenção I.D.C.A., & Benito II, G.A.V. (2010). Competências gerenciais na formação do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 91-97.
- Matsura, E. (2013). *Classificação de risco de urgências odontológicas: uma proposta de reorganização do processo de trabalho*. Acedido em 23 de Outubro de 2014, em <https://novo.atencaobasica.org/relato/903>.
- Mazzilli, L.E.N. (2003). *Odontologia do trabalho*. São Paulo: Santos.
- Manual Operacional Sesi. (2008). Núcleo de Segurança e Saúde no Trabalho. Federação das Indústrias do Estado da Bahia. Acedido em 09 de setembro de 2014 em <http://pro-st1.sesi.org.br>
- Maximiano, A.C.A. (2000). *Introdução à gestão*. São Paulo: Atlas.
- Mintzberg, H. (1998). *A criação artesanal da estratégia*. Estratégia: a busca da vantagem competitiva. Rio de Janeiro: Campus.
- Oliveira, D.P.R. (2001). *Planejamento estratégico: conceitos, metodologia e práticas*. (15ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Oliveira, D.(2009). *Estudo dos fatores que determinam a motivação dos colaboradores da Cooperativa de Crédito Mútuo dos Confeccionistas do Vestuário da Região Sul Catarinense – SICREDI, Unidade do Município de Içara*. Monografia apresentada para obtenção do grau de Bacharel em Gestão de Empresas, no curso de Gestão de Empresas, da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, orientada por Gisele Silveira Coelho Lopes, Criciúma.

- Pinho, D.L.M., Abrahão, J.I., & Ferreira, M.C. (2003). As estratégias operatórias e a gestão da informação no trabalho de enfermagem, no contexto hospitalar. *Rev. Latino-am Enfermagem*, março-abril; 11(2):168-76.
- Pinto, E.C., Barros, V.J.A, Coelho, M.Q., & Costa, S.M. (2012). Urgências odontológicas em uma Unidade de Saúde vinculada à Estratégia Saúde da Família de Montes Claros, Minas Gerais. *Arquivos em Odontologia*, 48(3), 166-174. Acedido em 16 de março de 2015, de http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-09392012000300007&lng=pt&tlng=pt. .
- Portaria nº 2.488/11, de 21 de outubro. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Acedido em 15 de julho de 2013, em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
- Portaria GM nº 1.444/00, de 28 de dezembro. Inserção do Dentista na estratégia de Saúde da Família. Acedido em 05 de março de 2014, em http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/AutoAvaliacaoESF/Home/pdf/Anexo_saude_bucal_site_2.pdf
- Ramos, M.O., Ulbanere, R.C., & De Jesus, B.S. (2014). *Mulheres no mercado de trabalho*. Disponível em www.unaerp.br/index.php/revista-cientifica-integrada/edicao.../file
- Regis Filho, I.G. (2011). Uso de indicadores da qualidade para avaliação de prestadores de serviços públicos de odontologia: um estudo de caso. *Rap-rio de Janeiro*, 45(3), 591-610.
- Resolução CNE/CES nº 3/02, de 19 de fevereiro (2002). Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10.
- Ribas, M.A., Siqueira, E.E., & Binotto, E. (2010). *O desafio da gestão para profissionais de odontologia*. Comunicação apresentada no XXX Encontro Nacional de Engenharia de Produção. São Paulo.
- Ribeiro Filho et al. (2009). Marcos regulatórios do controle interno: uma análise focada na ambientação com o controle externo e o controle social no contexto da gestão pública federal, estadual e municipal. *Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Gestão*.
- Ribeiro-Sobrinho, C., De Souza, L.E.P.F., & Chaves, S.C.L. (2008) Avaliação da cobertura do serviço odontológico da Polícia Militar da Bahia em Salvador, Bahia. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 2, p. 295-302.
- Roncalli, A.G. (2003). O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira, A.C. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed.

- Sakata, R.K. (2010). Analgesia e sedação em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Bras. Anesthesiol.* (60(6): 648-58).
- Sertek, S. et al. (2007). *Gestão e planejamento estratégico*. Curitiba: Ibpex.
- Silva, G.K.F. (2011). *Liderança e motivação: estudo de caso no núcleo Manoel Valdevino*. Monografia apresentada ao curso de Gestão com Habilitação em Sistemas de Informação da Faculdade do Vale do Ipojuca como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel, orientada por Erivam Albuquerque.
- Souto, D. (2008). Como montar uma clínica de fisioterapia. Parte 6. Acedido em 18 de setembro de 2014, em http://blogfacafisioterapia.net/2008/05/como_montar_uma_clnica_de_fisioterapia_3407.html.
- Treviso, P., Brandão, F.H., & Saitovitch, D. (2009). Construção de indicadores de saúde: [revisão] / Construction of indicators in health services: [review]. *Revista Gestão Saúde*, (11(45):182-186, out.-dez.).
- Toledo, D. A. C.; Guerra, A. C. (2009) Um estudo sobre o prazer no trabalho: pensando dimensões de análise. In: Encontro da Associação de Pós-Graduação e Pesquisa em Gestão, 33, 2009, São Paulo. Anais..., São Paulo: ANPAD, TONELLI, M. J. Produção de sentidos: tempo e velocidade
- Whetsthal, M.F., & Almeida, E.S. (2001). *Gestão de serviços de saúde: descentralização, municipalização do SUS*. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Whittington, R. (2002). *O que é estratégia*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning.

Índice Remissivo

A

absenteísmo, 16, 39

B

Belém do Pará, 6, 15, 16, 17, 48, 57, 87,
88, 89
burocracia, 36, 57

C

cliente, 26, 29, 30, 34, 56
competências, 14, 15, 16, 23, 24, 29, 32
consultório odontológico, 14, 70, 78, 81

D

doenças, 20, 22, 47
dor, 10, 16, 23, 37, 38, 41, 42, 43, 44, 71,
72, 73, 78, 86

E

equipe, 10, 11, 15, 16, 23, 24, 27, 33, 36,
50, 66, 67, 68, 74, 85

F

ferramentas, 29, 37, 40

G

gerenciamento de pessoas, 15, 77
gestor, 11, 14, 16, 29, 31, 36, 37, 45, 49,
50, 54, 58, 67, 71, 73, 74, 77, 91

H

habilidades, 15, 16, 23, 24, 29, 33, 37,
53, 76

I

instituição, 6, 9, 10, 16, 18, 31, 32, 37, 49,
51, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64,
65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75,
76, 84, 85, 86, 88

L

liderança, 15, 24, 32, 59

M

manutenção, 10, 11, 15, 16, 34, 35, 58,
59, 65, 66, 85
mercado de trabalho, 14, 15, 19, 29, 52,
81

N

necessidades, 19, 21, 26, 27, 28, 30, 37

O

Odontologia, 8, 14, 15, 16, 17, 22, 23, 39,
44, 48, 49, 57, 66, 75, 78, 79, 81, 90

P

planejamento estratégico, 6, 9, 16, 31,
32, 58, 59, 60, 61, 84
profissionais, 14, 15, 19, 20, 22, 23, 24,
25, 35, 36, 38, 44, 45, 47, 49, 53, 56, 60,
70, 74, 75, 81, 86
pronto-atendimento, 6, 15, 16, 17, 23, 48,
49, 51, 90, 91

Q

qualidade, 15, 19, 24, 25, 29, 30, 34, 40,
41, 44, 78, 80

S

Sistema Único de Saúde- SUS, 19, 21

T

tratamento, 23, 25, 38, 46, 47, 50

U

clientes, 6, 9, 16, 17, 21, 22, 25, 36, 38,
39, 45, 48, 54, 55, 63, 84

V

Vigilância Sanitária, 8, 36

Apêndice I - Questionário Perspectiva do Gestor

DADOS PESSOAIS:

NOME_____

SEXO: () MASC () FEM IDADE:_____ANOS.

ESTADO CIVIL: () SOLTEIRO () CASADO () VIÚVO

() DESQUITADO/DIVORCIADO () OUTROS

ESTE QUESTIONÁRIO VISA ABORDAR OS GESTORES COM RELAÇÃO AOS ASPECTOS:

1- ACESSO E ATENDIMENTO

1.1 Como os clientes da instituição tem acesso ao serviço?

() Beneficiário se/ou Dependentes do Sistema () Livre Demanda

() Encaminhamento/Referenciado

1.2 A unidade de Urgência/Emergência funciona:

() 24 hs presencial () 24hs com sobreaviso () 12hs () Outros_____

1.3 Existe uma estratégia definida de coordenação de atividades diárias da instituição?

() sim () não

2- PLANEJAMENTO E MANUTENÇÃO

2.1 A instituição reconhece a existência de um planejamento estratégico(de forma geral) em sua gestão? () sim () não () mais ou menos

2.2 Os gestores da instituição participam da elaboração de algum planejamento estratégico?

() sim () não () mais ou menos

2.3 Se sua resposta na questão acima foi sim, este planejamento estratégico é claramente definido e sistematicamente aplicado? () sim () não

2.4 Tem havido tentativas para implantar ou definir alguma estratégia de gestão na gestão da instituição? () sim () não () mais ou menos

2.5 A instituição utiliza em sua gestão algum meio de controle?

☐ sim ☐ não ☐ mais ou menos

2.6 Os instrumentos de controle são adequados?

☐ sim ☐ não ☐ mais ou menos

2.7 Os controles são facilmente entendidos pelos executores?

☐ sim ☐ não ☐ mais ou menos

2.8 Existe coordenação (gerência) hierárquica em todos os níveis da instituição?

☐ sim ☐ não ☐ mais ou menos

2.9 É feito periodicamente a estatística de clientes atendidos ou dos procedimentos executados?

☐ sim ☐ não

2.10 Com que frequência os dados são registrados?

☐ semanal ☐ mensal ☐ anual ☐ todas as anteriores

2.11 Qual a periodicidade de manutenção técnica dos equipamentos?

☐ trimestral ☐ semestral ☐ anual ☐ Quando apresenta anormalidade no funcionamento

3- GESTÃO PARTICIPATIVA E INTEGRAÇÃO DA EQUIPE

3.1 Os funcionários mais diretos de suas respectivas chefias imediatas participam na elaboração de sugestões para a melhoria da prestação dos serviços?

☐ sim ☐ não ☐ mais ou menos

3.2 Os funcionários agem conforme o espírito de equipe?

☐ sim ☐ não ☐ mais ou menos

3.3 A coordenação é compreendida e aceita pelos colaboradores?

☐ sim ☐ não ☐ mais ou menos

3.4 Os colaboradores são chamados a opinar ou sugerir sobre programas e execução dos seus trabalhos? ☐ sim ☐ não ☐ mais ou menos

3.5 O ambiente de trabalho favorece as suas atividades na instituição?

☐ sim ☐ não

3.6 O relacionamento com os colegas favorece a execução das atividades na instituição?

() sim () não

4- ATENDIMENTO CLÍNICO E PROTOCOLOS

4.1 Existe na instituição um protocolo padrão para acolhimento, cadastramento e atendimento dos clientes? () sim () não

4.2 Se a sua resposta foi sim na questão anterior, este protocolo é subdividido em fichas específicas, tipo uma para traumatismo, outra para hemorragias, e assim por diante?
() sim () não

4.3 Muitas vezes o cliente tem dificuldade de relatar seu nível de dor, existe na sua instituição no momento de atendimento alguma escala indicativa do estado de dor ou desconforto para ajudar a identificar esta intensidade?
() sim () não

5-CONTROLE SOCIAL E ENCAMINHAMENTO

5.1 O cliente recebe orientação para a posterior resolução definitiva do seu problema?
() sim () não

6- TREINAMENTOS E EDUCAÇÃO CONTINUADA DA EQUIPE

6.1 Os profissionais responsáveis pela gestão são graduados ou tem conhecimentos específicos na área de gestão? () sim () não

6.2 Os colaboradores têm incentivo (facilitar a participação em cursos, congressos) para sua aprendizagem ou reciclagem pelo menos anualmente?() sim () não

Apêndice II - Modelo da Carta de Apresentação do Projeto de Pesquisa para Dissertação de Mestrado na ULHT

Belém, 04 de Novembro de 2014.

Assunto: Autorização para Pesquisa de Mestrado

Ilmo. Sr. Diretor do HGeBe Cel Med Mario de Souza Rosas Filho

Solicito autorização para entrevista agendada com o Gestor da Odontoclínica para contribuição em pesquisa de mestrado, intitulada: A Percepção do Cirurgião-Dentista Gestor nas Unidades de Pronto-Atendimento Odontológico no Município de Belém do Pará, em anexo encontra-se o projeto a ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do CESUPA.

Atenciosamente,

Cláudia Simone da Silva Cabral

CRO2628

Email: csscabral@gmail.com/ Cel 98182-1122

End.: Tv.Dom Romualdo de Seixas 1164 ap. 902- Umarizal- Belém -PA

Apêndice III - Termo de Aceite das Instituições Co-Participantes

Projeto de Pesquisa: A Percepção do Cirurgião-Dentista Gestor nas Unidades de Pronto-Atendimento Odontológico no Município de Belém do Pará

Instituição _____

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Pesquisadora: _____

Claudia Simone da Silva Cabral
Cirurgia-Dentista CRO-PA 2628
Tel.: (91) 98182-11-22/3241-2981
Email: csscabral@gmail.com

Apêndice IV - Termo de Aceite do Orientador

TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR

Eu, Professor Doutor Ricardo de Figueiredo Pinto, do Curso de Mestrado em Gestão, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, aceito orientar o trabalho intitulado “A Percepção do Cirurgião-Dentista Gestor nas Unidades de Pronto-Atendimento Odontológico no Município de Belém do Pará”, de autoria da aluna Cláudia Simone da Silva Cabral. Declaro ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa CONEP, estando inclusive ciente da necessidade de minha participação na banca examinadora por ocasião da defesa do trabalho. Declaro ainda ter conhecimento do conteúdo do anteprojeto ora entregue.

Belém (PA), 17 de Novembro de 2014.

Assinatura

Apêndice V - Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Elaborado de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Eu, _____estou sendo convidado(a) para participar, como voluntário (a), de um estudo que dará subsídios para a elaboração da dissertação de mestrado do curso de Gestão pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia (LHUT) na cidade de Lisboa, Portugal.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Desde logo fica garantido o sigilo das informações coletadas, e poderá concordar em deixar a pesquisa a qualquer tempo, e em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. Desde já agradeço a colaboração.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: A PERCEPÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA GESTOR NAS UNIDADES DE PRONTO-ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NO MUNICÍPIO DE BELÉM DO PARÁ

Pesquisador Responsável: CLAUDIA SIMONE DA SILVA CABRAL (CD CRO-PA 2628)

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): (91)98182-1122

E-mail- csscabral@gmail.com

Pesquisadores participante: CLAUDIA SIMONE DA SILVA CABRAL (MESTRANDA)

PROF. DR. RICARDO DE FIGUEIREDO PINTO (ORIENTADOR) Tel: 3249-9492/98115-2662

Este trabalho visa investigar a percepção do cirurgião-dentista como gerente de unidades de pronto-atendimento no município de Belém do Para, utilizando o método qualitativo-quantitativo de pesquisa, através de questionário aplicado e entrevista presencial. A amostra será composta de gestores de 12 unidades que prestam este tipo de serviço no ramo da Odontologia para investigar os protocolos de atendimento, as dificuldades, a formação requerida para o exercício da função e através dos resultados analisar como técnicas de gestão estão sendo aplicadas e sugerir possíveis alterações que possam ser incorporadas para melhorias na organização onde este serviço esta inserido, seja em clinicas particulares, prestadoras de planos de saúde, serviço publico ou organiza.

Nome e Assinatura do pesquisador: CLAUDIA SIMONE DA SILVA CABRAL
Cirurgiã-Dentista CRO-PA 2628

Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa do CESUPA. Endereço: Av. Nazaré 630- Bairro: Nazaré-CEP 66040-143 Belém/Pará -Telefone: 4009-2100/4009-2155; email:cep@cesupa.br

♦ **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo A percepção do cirurgião-dentista gestor nas unidades de pronto-atendimento odontológico no município de Belém do Para, como sujeito, responderei a um questionário, com horário definido por mim e acordado entre ambos, podendo a entrevista ser interrompida por mim, se preciso for por qualquer motivo.

Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Claudia Simone da Silva Cabral sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Belém, _____/_____/_____.

Nome: _____

Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Assinatura do Pesquisador (a): _____

Cirurgiã-Dentista Claudia Simone da Silva Cabral CRO-PA 2628

Anexo 1- Folha de Rosto da Plataforma Brasil



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: A Percepção do Cirurgião-Dentista como Gestor de Serviços de Pronto-Atendimento Odontológico no Município de Belém do Pará		2. Número de Participantes da Pesquisa: 12	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde, Grande Área 7. Ciências Humanas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: CLAUDIA SIMONE DA SILVA CABRAL			
6. CPF: 458.315.052-00		7. Endereço (Rua, n.º): DOM ROMUALDO DE SEIXAS 1164 UMARIZAL APTO 902 BELEM PARA 66055200	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (91) 8182-1122	10. Outro Telefone:
		11. Email: csscabral@gmail.com	
12. Cargo:			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: 26 / 11 / 2014		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
Não se aplica.			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			