

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LUIZ FRONZA RODRIGUES

RESPONSABILIDADE SOCIAL: O CASO DO CURSO DE
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DA UFSC

FLORIANÓPOLIS
2006

LUIZ FRONZA RODRIGUES

RESPONSABILIDADE SOCIAL: O CASO DO CURSO DE
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DA UFSC

Trabalho de Conclusão de Estágio, apresentado à disciplina de Estágio Supervisionado – CAD 5236, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina, área de concentração em Administração Geral.

Professor Orientador: João José Cândido da
Silva

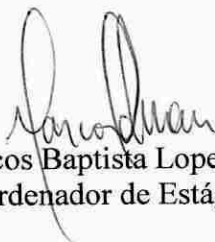
FLORIANÓPOLIS

2006

LUIZ FRONZA RODRIGUES

RESPONSABILIDADE SOCIAL: O CASO DO CURSO DE
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DA UFSC

Este Trabalho de Conclusão de Estágio foi julgado adequado e aprovado em sua forma final pela Coordenadoria de Estágios de Departamento de Ciências de Administração da Universidade Federal de Santa Catarina, em 10 de agosto de 2006.



Prof. Marcos Baptista Lopez Dalmau
Coordenador de Estágios

Apresentado à Banca Examinadora integrada pelos professores:




João José Cândido da Silva
Orientador

Rogério da Silva Nunes
Membro

RESUMO

RODRIGUES, Luiz Fronza. **RESPONSABILIDADE SOCIAL**: O Caso do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC. 2006. 73f. Trabalho de Conclusão de Estágio (Graduação em Administração). Curso de Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Este trabalho tem o intuito de verificar como o Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina atua de forma Socialmente Responsável e qual a importância dos serviços odontológicos prestados para a comunidade de Florianópolis. O tema responsabilidade social é recente e vem ganhando espaço na sociedade civil e nas organizações. Devido à situação que o país enfrenta, caracterizada por profunda crise social, a atuação do Estado deve-se somar às ações sociais das organizações que têm interesse em caminhar em conjunto com a sociedade, garantindo desta maneira os interesses coletivos. A atuação do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC tem a importância de oferecer serviços odontológicos gratuitos à comunidade de Florianópolis. Primeiramente, fez-se uma caracterização deste Curso de Graduação, discutindo-se o ambiente interno e também a interação do mesmo com o ambiente externo. Para melhorar a qualidade de vida da nossa comunidade, é necessária a participação do Governo, sociedade civil e empresas, com ações pautadas pela ética e transparência e um maior comprometimento com as causas sociais. É de destacar a atuação do Governo, através de programas governamentais voltados para a área da Saúde. Sendo assim, valem em muito os esforços do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC, trazendo benefícios para a sociedade através de sua atuação.

Palavras-chave: Responsabilidade Social, Política de Governo, Ação Social.

LISTA DAS TABELAS

TABELA 01: Empresas que responderam entre as 500 maiores S.A. não- financeiras da FGV.....	17
TABELA 02: Relação das empresas que publicam balanços sociais pela posição no ranking das 500 da FGV.....	18
TABELA 03: Divisão de balanços coletados por setores de atividade.....	19
TABELA 04: Classificação dos estabelecimentos quanto a sua especificação.....	36
TABELA 05: Indicadores Gerais - População Total, Urbana e Rural, Taxa de Urbanização e Densidade Demográfica para os Municípios do Núcleo da Região Metropolitana de Florianópolis, 2003.....	38
TABELA 06: Indicadores de Desenvolvimento e Qualidade de Vida em Florianópolis.....	39
TABELA 07: População por Faixa Etária - Florianópolis 1996.....	40
TABELA 08: Unidades Domiciliares, Pessoas Residentes, Segundo o Tipo de Domicílio - Florianópolis 1996.....	40
TABELA 09: População Residente do Aglomerado Urbano de Florianópolis, 1970 a 2000.....	41
TABELA 10: Quadro demonstrativo da série histórica da produção na assistência ambulatorial da rede básica de saúde de Florianópolis.....	42

SUMÁRIO

RESUMO	04
LISTA DE TABELAS	05
SUMÁRIO	06
1. INTRODUÇÃO	08
1.1 OBJETIVOS	09
1.2 JUSTIFICATIVAS	10
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
2.1 RESPONSABILIDADE SOCIAL	08
2.2 BALANÇO SOCIAL	16
2.3 CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DE AMBIENTE INTERNO E EXTERNO	20
3. METODOLOGIA	25
4. HISTÓRICO	28
5. DESENVOLVIMENTO	30
5.1 AMBIENTE INTERNO	30
5.2 AMBIENTE EXTERNO	33
5.2.1 Tecnológico	33
5.2.2 Político/Econômico	34
5.2.3 Demográfico	35
5.3 AÇÕES DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DA UFSC....	42
5.3.1 Semiologia	43
5.3.2 Oclusão da 7a Fase	43
5.3.3 Cirurgia da 5a Fase	44
5.3.4 Cirurgia da 6a Fase	44

5.3.5 Periodontia da 6a Fase	44
5.3.6 Periodontia da 7a Fase	45
5.3.7 Endodontia Clínica da 6a Fase	45
5.3.8 Endodontia Clínica da 7a Fase	45
5.3.9 Prótese Parcial Clínica	45
5.3.10 Prótese Total Clínica	46
5.3.11 Odontopediatria da 8a Fase	46
5.3.12 Ortodontia	46
5.3.13 Estágio Supervisionado	46
5.3.14 Clínica Integrada	47
5.3.15 Dentística	47
5.4 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL	47
6. CONCLUSÕES	53
7. REFERÊNCIAS	55
8. ANEXO	57

1. INTRODUÇÃO

O tema responsabilidade social vem ganhando espaço nos últimos anos, uma vez que existe uma preocupação cada vez maior, por parte das empresas, de avançarem em conjunto com a sociedade.

As organizações que optam por agir em defesa de uma causa social, ao menos, promovem um ganho para determinada parcela da sociedade.

A situação que o Brasil passa, caracterizada pela exclusão social e elevada desigualdade social reforça ainda mais a necessidade de existirem serviços que complementem as atividades desenvolvidas pelo Estado. Surgem então iniciativas como a atuação de diversas entidades que incentivam a participação das empresas em ações sociais.

Atualmente existe uma pressão da própria sociedade e da mídia para que as organizações contribuam com tais causas.

O instrumento que tem como finalidade mostrar o que as organizações fazem na área social é o chamado Balanço Social, representando um meio de garantir a transparência nas relações das mesmas com a sociedade.

Este trabalho tem como objeto de estudo o Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina e tem a intenção de relacionar aspectos deste Curso de Graduação com o tema Responsabilidade Social.

Atualmente o S.U.S. disponibiliza à população serviços na área odontológica, porém tais serviços estão se restringindo aos atendimentos básicos sendo que os procedimentos especializados têm baixa oferta.

Para que se possa fazer um comparativo entre os serviços prestados pela organização em estudo e os serviços do S.U.S., optou-se por comentar as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal do ano de 2004 e verificar as propostas do Governo para melhoria do atendimento a população.

Pretende-se evidenciar as ações promovidas pelo Curso de Graduação em Odontologia, no sentido de prestar serviços odontológicos para as comunidades de Florianópolis.

O Curso possui atualmente duas clínicas aparelhadas para este fim, onde seus estudantes de graduação realizam uma série de disciplinas de ordem prática, evidentemente sempre com o auxílio de um professor responsável. Através destas atividades são atendidos um número expressivo de pacientes e os mais variados casos na área odontológica.

Portanto, o problema de pesquisa pode ser expresso na seguinte pergunta: Como o Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina atua de forma Socialmente Responsável e qual a importância dos serviços odontológicos prestados para a comunidade de Florianópolis.

1.1 OBJETIVOS

Objetivo geral:

Verificar como o Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina atua de forma Socialmente Responsável e qual a importância dos serviços odontológicos prestados para a comunidade de Florianópolis.

Objetivos específicos:

- a) Descrever o ambiente interno e externo, relativos ao Curso de Graduação em Odontologia da UFSC;
- b) Identificar quais os serviços odontológicos que são oferecidos pelo Curso de Graduação em Odontologia da UFSC;
- c) Analisar as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal;

1.2 JUSTIFICATIVAS

Este trabalho tem o intuito de comentar o tema responsabilidade social e mostrar o que o Curso de Graduação em Odontologia da UFSC faz em benefício da população de Florianópolis, em seus diversos atendimentos odontológicos disponibilizados gratuitamente.

Desta forma, pode-se divulgar os serviços odontológicos prestados pela Universidade Federal de Santa Catarina, uma vez que a mesma conta com uma grande estrutura para tal finalidade.

Como o estudo irá se limitar apenas ao Curso de Graduação em Odontologia, pode-se dizer que o mesmo será viável.

Também é de se relatar que não é comum encontrar na biblioteca central da UFSC, material como artigos e livros abordando o tema responsabilidade social.

Para mim, é uma oportunidade de conhecer melhor a organização em estudo, estudar com maior detalhamento o tema responsabilidade social e verificar a importância da ação social em nosso contexto, isto é, em uma sociedade com tantas carências e desigualdades.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 RESPONSABILIDADE SOCIAL

Um elemento que pode influenciar na própria colocação de uma empresa frente ao mercado está na adoção de ações de responsabilidade social.

Este tema hoje é considerado importante pela própria sociedade, que manifesta apoio aos que praticam ações sociais.

As empresas, preocupadas com a própria imagem, perceberam que tanto os clientes internos assim como os clientes externos mudaram de comportamento e dão maior importância ao tema. Estes clientes compreendem funcionários, clientes, fornecedores, e até mesmo o governo.

A responsabilidade social empresarial é um tema de grande relevância nos principais centros da economia mundial. Nos Estados Unidos e na Europa proliferam os fundos de investimento formados por ações de empresas socialmente responsáveis (ETHOS, 2005).

No Brasil, o movimento de valorização da responsabilidade social empresarial ganhou forte impulso na década de 90, através da ação de entidades não governamentais, institutos de pesquisa e empresas sensibilizadas para a questão. O trabalho do Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas - IBASE na promoção do Balanço Social é uma de suas expressões e tem logrado progressiva repercussão (ETHOS, 2005).

A seguir, seguem alguns conceitos a respeito do tema responsabilidade social.

Com base em outros estudos acadêmicos, Rodrigues (2003) explica que não existe um consenso a respeito de um conceito para responsabilidade social, porque ainda não está definido na nossa sociedade, costumes e hábitos corretos, isto é, aquilo que é ou não "politicamente correto".

De acordo em Ethos (2005), a empresa é socialmente responsável quando vai além da obrigação de respeitar as leis, pagar impostos e observar as condições adequadas de segurança e saúde para os trabalhadores, e faz

isso por acreditar que assim será uma empresa melhor e estará contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa.

A empresa demonstra sua responsabilidade social ao comprometer-se com programas sociais voltados para o futuro da comunidade e da sociedade. (ETHOS, 2005).

Para Rodrigues (2003) a responsabilidade social é “a obrigação do homem de negócios de adotar orientações, tomar decisões e seguir linhas de ação que sejam compatíveis com os fins e valores da sociedade”.

Também fazem parte de conceitos importantes sobre o tema responsabilidade social: Ética, Qualidade e Transparência.

Ética e Qualidade nas relações são pontos discutidos pelo instituto Ethos. Atuar baseando-se em princípios éticos e buscar qualidade nas relações são, de acordo com Ethos (2005) manifestações da responsabilidade social empresarial.

Em uma época em que os negócios não acontecem em segredo absoluto, a transparência passou ser a alma do negócio: tornou-se um fator de legitimidade social e um importante atributo positivo para a imagem pública e reputação das empresas. (ETHOS, 2005)

Segundo Oliveira (2005), não há uma lista rígida de atividades que as empresas desenvolvam para possam ser ditas socialmente responsáveis. Isto envolve um gestão mais transparente e ética e a inserção de preocupações sociais e ambientais nos resultados da empresa.

Tem-se um interesse cada vez maior pelo tema e do papel das empresas para promoção da saúde e segurança de seus funcionários, proteção do meio ambiente, luta contra a corrupção, apoio em casos de desastre naturais e respeito aos direitos humanos nas comunidades em que operam (RODRIGUES, 2003).

Ficher (2002) comenta que no Brasil houve um movimento de conscientização para as práticas de responsabilidade social, principalmente através da divulgação da mídia. Isto fez com que o público passasse a exigir das empresas maior empenho nesta questão.

De acordo com os argumentos apresentados por Ficher (2002), atualmente existe uma convergência de opiniões sobre a necessidade de

integrar diversos agentes econômicos no esforço de promover o desenvolvimento.

Empresas socialmente responsáveis estão melhor preparadas para assegurar a sustentabilidade a longo prazo dos negócios, por estarem sincronizadas com as novas dinâmicas que afetam a sociedade e o mundo empresarial (ETHOS, 2005).

Sendo assim, pode-se dizer que as empresas estão mais cientes de que um comportamento exemplar é um bom negócio para elas, pois isto irá refletir em seus resultados.

Segundo Oliveira (2005, p.1) "... com a democratização, diminuição do papel do Estado, maior atuação da mídia e conscientização da sociedade civil, a pressão social e política para uma maior responsabilidade sócio-ambiental e transparência das empresas tende a aumentar".

Ultimamente a sociedade está mais atenta para o fato de que empresas pode contribuir para assuntos que antes eram restritos ao Estado.

Maior transparência requer que ocorra a divulgação de resultados, por parte de empresas, isto é, quanto efetivamente uma empresa investe na área social.

Existe uma maneira de classificar as organizações formais basicamente em três categorias: Estado, Mercado e Terceiro Setor. A primeira compreende todas as organizações vinculadas ao Estado. A segunda as que se definem de acordo com sua relação com o mercado e a terceira, aquelas relacionadas à sociedade civil.

Para Ficher (2002) o modelo proposto de três setores surgiu na década de noventa é adequado nos dias de hoje.

A atuação incansável da Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança pela erradicação do trabalho infantil e a adoção do selo Empresa Amiga da Criança por número expressivo de empresas são exemplos vivos do poder transformador da iniciativa privada (ETHOS, 2005).

Para Fischer (2002), a Fundação Abrinq participa com diversas ações em entidades educacionais com o intuito de desenvolver projetos de que agem para a melhoria do ensino brasileiro.

Um exemplo de como as organizações socialmente responsáveis podem ter benefícios agindo como tal é a premiação chamada selo empresa cidadã. Para Rico (2004) “reconhecer publicamente os esforços da responsabilidade social desenvolvidos por empresas é o objetivo do Selo Empresa Cidadã, que em 2003, em sua 3ª edição, premiou 28 organizações privadas. “

Rico (2004) Salaria que “o Selo Empresa Cidadã é concedido a organizações que contribuem para o desenvolvimento da comunidade e que adotam um comportamento ético na busca da consolidação da cidadania.”

Tal prêmio é alcançado pelas empresas que disponibilizam no balanço social áreas como: meio ambiente, ambiente de trabalho, ambiente social e qualidade de vida, ambiente urbano, qualidade dos produtos e serviços, desenvolvimento dos direitos humanos e difusão da conduta de responsabilidade social. (RICO, 2004)

As empresas que recebem o Selo Empresa Cidadã têm como prêmio a possibilidade de mencionar o mesmo em produtos, embalagens, propagandas e correspondências.

A questão das alianças é amplamente comentada por Ficher (2002), a mesma relata que no Brasil, existe uma dificuldade em se construir alianças inter-setoriais, isto é, entre os diferentes segmentos da sociedade.

As enormes carências e desigualdades sociais existentes em nosso país dão à responsabilidade social empresarial relevância ainda maior. A sociedade brasileira espera que as empresas cumpram um novo papel no processo de desenvolvimento: sejam agentes de uma nova cultura, sejam atores de mudança social, sejam construtores de uma sociedade melhor (ETHOS, 2005).

A criação dos Indicadores Ethos faz parte do esforço do Instituto Ethos na disseminação da responsabilidade social empresarial no Brasil. Os Indicadores Ethos, ao mesmo tempo que servem de instrumento de avaliação para as empresas, reforçam a tomada de consciência dos empresários e da sociedade brasileira sobre o tema (ETHOS, 2005).

Do ponto de Vista da Globalização: de acordo com Schroeder (2005) as empresas que surgiram nos séculos XIX e XX foram guiadas pela busca de seus próprios interesses, nasceram sob o denominado paradigma do

mercado. Tais empresas se firmaram como sendo o melhor caminho para a manutenção de uma sociedade estável.

De acordo com Rico (2004), uma das principais conseqüências do processo de globalização foi a reconfiguração das relações de trabalho: enxugamento dos postos de trabalho, desemprego e aumento do trabalho informal.

Ficher (2002) afirma que as carências dos segmentos da população em condição de exclusão estão se ampliando de forma a superar a possibilidade de atendimento prestado apenas pelo Estado. Também é de se constatar que o processo de globalização econômica aumentou a exclusão social.

Como pode-se constatar nos dias de hoje, as empresas não conseguiram promover o bem-estar social e a melhoria da condição humana.

Apesar de muitos avanços, como modernidade e excelências em diversas áreas, o país continua apresentando índices elevados de miséria e exclusão social.

De acordo com Schroeder (2005) “o mercado, inicialmente concebido como fonte de melhoria da condição humana, provou não ser o que idealizou.” O objetivo do mercado passou a se concentrar no lucro e a condição humana passou para segundo plano.

Surge, então o Estado, como a fonte promovedora do bem estar social. Porém o mesmo tem dificuldade em atender as demandas sociais, principalmente pela falta de recursos financeiros e prestação de serviços de baixa qualidade (SCHROEDER, 2005).

Um exemplo desse fato é o que ocorre com o sistema de saúde brasileiro, com hospitais e postos de saúde lotados e sucateados.

De acordo com Ribas (2001), o sistema único de saúde, em texto constitucional, segue as seguintes diretrizes:

- a) descentralização política, administrativa e financeira, com direção única em cada esfera de governo;
- b) atendimento integral com prioridade para as ações preventivas e coletivas, adequadas à realidade epidemiológica, sem prejuízo das assistências individuais;

- c) universalização da assistência de igual qualidade dos serviços de saúde à população urbana e rural;
- d) participação da comunidade.

Como pode-se perceber, o texto constitucional está longe de refletir a realidade que vive o sistema de saúde do país, uma vez que o mesmo garante o atendimento integral e sem prejuízo das assistências individuais.

Somando-se aos serviços oferecidos pelo Governo, existem iniciativas de grande valia na área da saúde, como por exemplo o apoio das Universidades, que prestam serviços gratuitos para a sociedade com uma boa qualidade. Exemplo deste fato são os serviços oferecidos pelo Curso de Graduação em Odontologia da UFSC, que fará parte deste estudo.

2.2 BALANÇO SOCIAL

O Balanço Social é um ferramenta que permite a consulta, por parte dos interessados nas ações sócio ambientais das empresas. Tal ferramenta traz diversas informações sobre como a organização trabalha o lado das questões sociais.

Sendo assim, existe uma preocupação com a participação dos “stakeholders” para a construção do Balanço Social.

Oliveira (2005) aborda a questão dos balanços sociais, e analisa até que ponto e como as maiores empresas brasileiras estão publicando informações sócio -ambientais de forma organizada, e quais empresas publicam.

Para isto, o mesmo fez uma pesquisa com as 500 maiores empresas S.A. não-financeiras do ranking da FGV. Esta análise foi levada em conta a literatura e de outros estudos feitos no Brasil e no mundo.

Depois entrar em contato com as 500 empresas do Ranking das S.A. não-financeiras da FGV, os pesquisadores receberam informações sobre 152 empresas, aproximadamente 30% delas.

Na tabela abaixo Oliveira (2005) mostra as empresas que apresentaram em 2002 dados relevantes de 2001 e que poderiam ser utilizados como fonte de comparação em outras empresas.

TABELA 01: Empresas que responderam entre as 500 maiores S.A. não-financeiras da FGV.

Grupo de Empresas	Balancos	% das 500
Empresas que publicaram em 2002 os balanços sociais de 2001, com informações relevantes (*)	100	20%
Empresas que publicaram em 2002 algum balanço social de 2001, mas com pouca informação relevante	30	6,0%
Empresas com balanços de 2001 publicados pelo Holding	9(**)	1,8%
Empresas que em 2002 tinham balanços publicados em 2000	7	1,4%
Empresas com balanços publicados de 2000, mas incompletos	6	1,2%
Total de empresas com balanços	152	30,4%

(*) Consideramos informações relevantes dados qualitativos e quantitativos com alguma consolidação para que se possa fazer comparações entre empresas e ao longo dos anos. (**) em 4 balanços.

Fonte: Rae-eletrônica - v. 4, n. 1, Art. 2, jan./jun. 2005

Segundo Oliveira (2005) o modelo do Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE), que é considerado o instituto que fez com que a idéia de balanço social entre as empresas fosse difundido pelo país entre os diversos setores empresariais.

O autor cometa também que mais de um terço dos balanços, ou 34 balanços apresentavam informações de acordo com o modelo proposto pelo IBASE. Entretanto, a maior parte das empresas utiliza-se de modelos diferentes, muitos deles corporativos.

A publicação de balanços sociais tem sido uma prática mais comum no grupo das empresas maiores. Analisando-se a Tabela abaixo, pode-se

perceber que, de acordo com Oliveira (2005): das 10 primeiras do Ranking FGV das 500 maiores, 9 publicam balanços, representando (90%) entre as dez maiores; das 100 primeiras, 46 publicam balanços, isso corresponde a (46%).

TABELA 02: Relação das empresas que publicam balanços sociais pela posição no ranking das 500 da FGV.

Posição no Bloco das 500 maiores	Empresas que publicaram Balanço Social	Percentual na faixa
Entre as 500	105	21,0%
10 primeiras	9	90,0%
20 primeiras	16	80%
100 primeiras	46	46%
250 primeiras	78	31,2%
Empresas de 251-500	27	10,8%

Fonte: Rae-eletrônica - v. 4, n. 1, Art. 2, jan./jun. 2005

São números significativos, e isto mostra que o grupo das maiores empresas tem uma maior participação em balanços sociais publicados. As maiores empresas estão preocupadas, também, em mostrar aos cidadãos como é o seu comportamento em relação às ações sociais.

TABELA 03: Divisão de balanços coletados por setores de atividade.

Tabela 5 - Quem publica? Por Setores

Setor de atividade	Número de empresas no setor	Com Balanço	Percentual com Balanço Social
Aeronaves, Embarcações e Serviços Ferroviários	1	1	100,0%
Petróleo	5	4	80,0%
Produtos do fumo	3	2	66,7%
Eletricidade e Gás	58	36	62,1%
Celulose e Papel	12	7	58,3%
Couros e calçados	3	1	33,3%
Metalurgia	36	10	27,8%
Bebidas	12	3	25,0%
Vestuário	4	1	25,0%
Produtos Químicos	46	10	21,7%
Edição e Impressão	5	1	20,0%
Saneamento	17	3	17,6%
Comércio por atacado	29	5	17,2%
Artigos de Borracha e Plástico	6	1	16,7%
Extração Mineral	12	2	16,7%
Atividades anexas e auxiliares ao transporte	7	1	14,3%
Produtos farmacêuticos e veterinários	7	1	14,3%
Comércio varejista	22	3	13,6%
Telecomunicações	30	4	13,3%
Açúcar e Alcool	9	1	11,1%
Máquinas, aparelhos e equipamentos elétricos	9	1	11,1%
Material eletrônico e equipamentos de comunicação	9	1	11,1%
Produtos Têxteis	10	1	10,0%
Produtos de Minerais não-metálicos	22	2	9,1%
Fabricação e montagem de veículos automotores, partes e peças	12	1	8,3%
Construção	20	1	5,0%
Serviços de transporte	20	1	5,0%
Outros setores que nenhuma empresa respondeu ^b	74	0	0,0%

Fonte: Rae-eletrônica - v. 4, n. 1, Art. 2, jan./jun. 2005

Observando-se a Tabela 3, acima, pode-se constatar que se destacaram os setores de aeronaves, petróleo, produtos do fumo, eletricidade e gás, e papel e celulose.

Oliveira (2005) relata que “alguns destes setores estão possivelmente entre os mais questionados pelos diversos atores sociais, já que englobam atividades com alto potencial de impactos ambientais e sociais.”

Desta maneira, de acordo com Oliveira (2005), o balanço social pode ser considerado como uma alternativa de mostrar e sensibilizar aos “stakeholders” como a empresa trata destes assuntos.

As empresas que provavelmente mais degradam o meio ambiente, estão preocupadas em mostrar que também colaboram com causas sociais, talvez um forma de minimizar o lado negativo de suas atividade e oferecer uma contrapartida positiva para a sociedade.

Oliveira (2005) afirma que “um destaque especial vai para o setor de eletricidade e gás onde 36 empresas (62% das 58 empresas do setor) publicaram seu balanço social em 2001.” A atuação da Aneel (Agência Nacional de Energia Elétrica) tem forte impacto sobre a decisão de tais organizações em publicar balanços sociais, uma vez que a Aneel incentiva desde 1998 as empresas do setor elétrico a publicarem seus balanços sociais.

Os balanços sociais com dados relevantes, de acordo com Oliveira (2005), “não fazem parte em setores considerados importantes, como por exemplo os setores de produtos alimentícios e máquinas e equipamentos, com 27 e 15 empresas respectivamente, onde nenhuma empresa publicou informações sócio-ambientais relevantes em 2001.”

Em setores como de construção e serviços de transporte, com respectivamente 20 empresas cada, bem como o da Fabricação e montagem de veículos automotores, a publicação de balanços sociais é considerada baixa uma vez que somente uma empresa de cada setor publicou balanço social em 2001.

2.3 CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DE AMBIENTE INTERNO E EXTERNO

Um dos objetivos específicos deste trabalho requer a caracterização da empresa e a descrição da estrutura que envolve o Curso de Graduação em Odontologia da UFSC.

Para tanto, faz-se necessária a compreensão de conceitos a respeito de estrutura organizacional, e também referentes à ambiente organizacional.

Com relação à estrutura organizacional, existem vários conceitos propostos por diferentes autores, a seguir, seguem alguns exemplos:

O conceito para estrutura organizacional, segundo Mintzberg, pode ser definido como a soma total das maneiras pelas quais o trabalho é dividido em tarefas distintas e, em seguida, como a coordenação é realizada entre essas tarefas.

Para Mintzberg (2003, p.12) “Toda atividade humana organizada – desde fabricar vasos a levar um homem à Lua – dá origem a duas exigências

fundamentais e opostas: a divisão do trabalho em várias tarefas a serem executadas e a coordenação dessas tarefas para a realização da atividade.”

Segundo Stoner (1992) a estrutura pode ser definida como a maneira pela qual as diversas as atividades de uma organização são divididas, organizadas e coordenadas

A estrutura de uma organização reflete-se em seu organograma, representando o diagrama que mostra a hierarquia da organização.

Daft (1996) mostra também que:

- a) a estrutura de uma organização reflete as subordinações, número de níveis hierárquicos e a amplitude de controle de gerentes e supervisores;
- b) a estrutura identifica a união de pessoal em departamentos e de departamentos na composição da organização;
- c) a estrutura de uma organização inclui o projeto de sistemas, com o objetivo de garantir uma melhor comunicação, coordenação e integração do esforço entre os departamentos.

Segundo Daft (1996, p.139) “o desenho básico da estrutura de uma organização indica três aspectos – as atividades de trabalho necessárias, as subordinações e os agrupamentos departamentais.”

Stoner (1992) sugere que a divisão do trabalho é a decomposição de uma tarefa, com um nível de complexibilidade alto, para componentes, com um número limitado de atividades. Isso torna mais fácil, para um determinado número de indivíduos, lidarem com tarefas menos complexas.

Observando um organograma, pode-se identificar o alcance da gerência, que pode ser entendido como o número de colaboradores que se submetem a determinado gerente ou diretor (STONER, 1992).

Este alcance da gerência afeta a eficiência e a eficácia de uma organização, no que se refere à tomada de decisão. Quando existe uma longa cadeia de comando, existe um retardamento na tomada de decisões.

Stoner (1992), salienta para o fato de que existem dois tipos de estrutura: a estrutura formal, visualizada facilmente através de organogramas, e a estrutura informal, representada pelos relacionamentos interpessoais.

A estrutura informal é representada por relacionamentos que não são formalizados através de documentos, mas afetam as decisões internas da organização.

Para Stoner (1992) existem três tipos de estruturas organizacionais: a estrutura funcional, a estrutura matricial, e a por produto/mercado. Sendo que o agrupamento funcional dispõe o pessoal de forma a executarem tarefas similares.

De acordo com Mintzberg (2003), uma organização pode ser dividida como em:

- a) o núcleo operacional, que envolve o pessoal responsável pela execução do trabalho básico da organização, diretamente relacionado á fabricação ou prestação de serviços, geralmente altamente padronizado;
- b) a cúpula estratégica, encarregada de fazer com que a organização cumpra sua missão. Reúne pessoal com visão e responsabilidade global da empresa . Geralmente envolve a chamada supervisão direta;
- c) a linha intermediária, que está ligada á cúpula, e ao núcleo operacional, servindo de elo entre as duas partes. Esta parte tem autoridade direta sobre os operadores.

Durante este estudo, também comentou-se brevemente sobre a falta de planejamento em determinados momentos do Departamento de Estomatologia, que é responsável pela organização das atividades do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC. Sendo assim, seguem conceitos a respeito de planejamento.

O planejamento é definido, de acordo com Stoner (1992, p.136) como “o processo de estabelecer objetivos e as linhas de ação adequadas para alcança-los.”

Segundo Maximiliano (2000) o planejamento é uma ferramenta que indivíduos e empresas usam para administrar suas relações com o futuro.

O plano estratégico segundo Stoner (1992) é definido pelos administradores de topo para cumprir objetivos amplos da organização, ou melhor, sua missão. Já os planos operacionais, são planos estratégicos implementados no dia-a-dia da organização.

Neste trabalho, discutiu-se também a interação do Curso de Graduação em Odontologia com o ambiente externo. Desta maneira, faz-se necessária a discussão de alguns conceitos a respeito deste assunto.

Existem vários conceitos sobre o que é ambiente externo e como este interage com a organização.

Segundo Bateman e Snell (1998) organizações são sistemas abertos que sofrem influência e também podem influenciar o ambiente em que estão inseridas.

O ambiente externo, conforme Bateman e Snell (1998) são todas as forças relevantes além dos limites da empresa e devem ser levadas em consideração para que a empresa possa manter as suas atividades e competir frente ao mercado.

Stoner (1992) refere-se à ambiente externo como elementos externos que são importantes para que se possa manter as atividades da organização. As organizações não são auto-suficientes, não podem se manter isoladas; elas trocam recursos com o ambiente externo e dependem do mesmo para sobreviver.

As organizações são influenciadas pelo ambiente externo ou podem influenciar o mesmo. Isto se dá porque as mesmas são sistemas abertos, capazes de receber recursos do ambiente, como também transformar e fornecer recursos novamente para ambiente.

Hall (2004) afirma ainda que os fatores ambientais são responsáveis pela própria formação da empresa, isto é, sem eles a organização não existiria.

Em um nível mais geral está o macroambiente, que inclui o ambiente político, econômico e outros fatores que afetam as organizações (BATEMAN; SNELL, 1998).

A distinção, na verdade, está no fato de que forças gerais, como economia, política, são menos controláveis do que forças mais próximas à organização.

De acordo com Hall (2004) existem diversas variáveis ambientais que afetam a organização, como tecnologia, economia, estabilidade.

Stoner (1992) relata que o ambiente externo é composto por elementos que agem diretamente sobre a organização e elementos que agem indiretamente.

Os elementos de ação indireta conforme Stoner (1992) são compostos pela tecnologia, economia e a política da sociedade.

Já, com relação ao ambiente político-legal, Bateman e Snell (1998) relatam que mesmo o governo pode interferir nos negócios de uma empresa através de leis de taxação, políticas econômicas e regras comerciais.

De acordo com Hall (2004) a maioria das organizações devem levar em consideração as leis e regulamentações, nos níveis federal, estadual e municipal.

Alguns dispositivos legais afetam as operações de diversas empresas, que vão desde proibições para determinados comportamentos até mesmo imposições legais, como por exemplo a divulgação periódica da receita e do número de empregados (HALL, 2004).

Segundo Hall (2004, p.197) "Algumas organizações são diretamente afetadas pelo processo político, porque sua hierarquia pode ser modificada drasticamente por resultados eleitorais".

Isto é muito comum quando se trata de um órgão público, uma vez que a cada período, ocorrem eleições para a substituição de determinados cargos, como cargos de chefias de departamento, por exemplo.

A Respeito da tecnologia, pode-se afirmar, segundo Stoner (1992) que em qualquer sociedade ou indústria, a tecnologia é que determina que produtos serão produzidos e quais serviços serão prestados, além de quais equipamentos vão ser empregados.

A tecnologia está presente no dia-a-dia de cada um de nós. Novos avanços tecnológicos surgem a cada momento e isso faz com que as pessoas e as organizações tendam a adaptar-se a este fato. Para uma empresa a tecnologia pode ter um papel vital em suas atividades.

Com relação à demografia, segundo Bateman e Snell (1998, p.75) "Grupos de trabalho organizações, países, mercados ou sociedades podem ser descritos estatisticamente referindo-se a idade, sexo, tamanho da família, renda, educação, ocupação e assim por diante".

Tais conceitos relatados revelam as opiniões de diversos autores a respeito do tema responsabilidade social e também assuntos como estrutura organizacional, ambiente organizacional, entre outros que serão abordados mais adiante.

3. METODOLOGIA

Tendo as fontes de dados previamente identificadas, pode-se proceder com a determinação da metodologia de pesquisa.

De acordo com FACHIN (2003, p.27) o método é um instrumento do conhecimento que proporciona aos pesquisadores, em qualquer área de sua formação, orientação geral que facilita planejar uma pesquisa, formular hipóteses, coordenar investigações, realizar experiências e interpretar os resultados.

Pode-se dizer que o método é a escolha de procedimentos sistemáticos para descrição e explicação do estudo.

Para FACHIN (2003), o método é a forma de se proceder ao longo de um caminho e depende de duas condições primárias: da natureza do objeto a que se aplica e do objetivo que se tem em vista.

O método do estudo de caso, conforme FACHIN (2003), é caracterizado por ser um estudo intensivo, isto é, estuda fenômenos com profundidade eleva-se em consideração, principalmente, a compreensão, como um todo, do assunto investigado.

Neste estudo, optou-se pela pesquisa exploratória, uma vez que seu propósito é obter maior conhecimento sobre o tema.

Para Mattar (1999, p.80) a pesquisa exploratória visa prover o pesquisador de um maior conhecimento sobre o tema ou problema de pesquisa em perspectiva.

De acordo com Mattar (1999) a diferença básica entre a pesquisa exploratória e a conclusiva está no grau de estruturação da pesquisa e em seu objetivo imediato.

Esta pesquisa tem o intuito de proporcionar maior conhecimento a respeito do tema responsabilidade social.

Quanto à natureza das variáveis estudadas pode-se afirmar que a pesquisa é eminentemente qualitativa, uma vez que ela identifica a presença ou ausência de algo, sem se preocupar em medir o grau em que algo está presente.

Um dos objetivos deste estudo é caracterizar a organização em estudo e relacionar as atividades do Curso de Odontologia ao tema responsabilidade social. Para a coleta de dados primários utilizou-se, principalmente da pesquisa por observação. Neste caso, quanto ao objeto observado, classificou-se como observação direta. Segundo Mattar (1999, p.186), a observação direta compreende observar o comportamento ou fato no momento de sua ocorrência.

Para Mattar (1999) a pesquisa por observação é caracterizada por não haver declaração do pesquisado, mas sim, são observados seus atos, comportamentos e fatos.

Quanto ao grau de Estruturação, pode-se dizer utilizou-se da observação estruturada. De acordo com Mattar (1999), a observação não estruturada é empregada na pesquisa exploratória e tem por objetivo familiarizar o pesquisador com o problema em estudo.

Com relação à fonte de dados secundários, pode dizer que utilizou-se de dados secundários internos e externos.

Como fonte de dados secundários internos utilizou-se da análise documental, relativo à pesquisa de documentos da própria organização, sendo que neste caso utilizou-se principalmente de dados contidos no relatório de produção do Curso de Odontologia.

Como fontes de dados externos pesquisou-se publicações, informações disponíveis de instituições governamentais e não governamentais.

Para Mattar (1999, p.141) “as publicações governamentais compreendem inúmeros documentos que são periodicamente publicados pelos governos federal, estaduais e municipais e cobrem um infinidade de informações.”

Mattar (1999) relata que também existem diversas informações não governamentais, publicadas periodicamente, como por exemplo publicações de instituições de pesquisa, ligadas a universidades.

Finalizando, para a coleta de dados, utilizou-se também de entrevistas informais com servidores da Universidade Federal de Santa Catarina.

Apesar da pesquisa estar focada nas atividades da graduação, houveram limitações quanto à coleta de dados secundários, principalmente com relação à

análise documental. Foram poucos os documentos formais que estavam arquivados. Também outro fator que deve ser levado em consideração foi a minha própria transferência para outro setor da Universidade, deixando de existir o contato habitual com os pacientes, alunos, servidores e professores do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC.

4. HISTÓRICO

Historicamente, em meados de 1840 ocorre em Baltimore, nos Estados Unidos, a criação da primeira Escola de Odontologia do mundo. Já em 1879, a Odontologia começa a ser ensinada no Brasil, ainda vinculada às Faculdades existentes na época do curso de Medicina.

No Brasil, a partir da 2ª. Guerra Mundial, cresce intensamente o número de cursos de Odontologia.

O curso de Odontologia, no início de sua atividade era um curso técnico. O curso de Odontologia foi instalado na atual Rua Trajano e, em seguida, transferido para a Rua João Pinto. Ficou neste local até ser transferido para a Avenida Hercílio Luz nº 47.

Na década de setenta, ocorreu a criação da Universidade Federal de Santa Catarina.

O Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina foi criado através do Decreto 24316-8/1/48 e reconhecido pelo Decreto 30234-4/12/51, da Presidência da República. Disponibiliza atendimento para a população, em suas diversas áreas. Para tanto, possui duas clínicas aparelhadas para este fim, onde são realizadas as disciplinas práticas do curso.

Além das importantes atuações nas áreas do ensino e da pesquisa, o Curso desenvolve um inestimável serviço à comunidade, uma vez que parcela considerável da população da cidade e circunvizinhanças é atendida nas clínicas odontológicas.

Apenas para que se tenha conhecimento do alcance social das atividades de extensão desenvolvidas pelo Curso, é importante registrar que nas clínicas odontológicas são atendidos uma média de 3.500 pacientes/mês.

Além disso, o Curso desenvolve atividades extra-campus, em sistema de Estágio Supervisionado, em Instituições Filantrópicas, creches comunitárias e escolas públicas, abrangendo uma população de 2.500 crianças.

Desde 1981, o curso é desenvolvido no Campus Universitário, onde ocupa um prédio próprio de área superior a 3.000 metros quadrados, no qual estão instalados seus laboratórios e clínicas, de propriedade do Governo federal.

Hoje, o curso de Graduação em Odontologia da UFSC, funciona no Campus Universitário, Florianópolis, CEP: 88040-900. O chefe do departamento é o Professor Gilssé Ivan Regis Filho.

Atualmente o curso de Graduação conta com aproximadamente 400 alunos e 80 professores.

O Curso de Odontologia tem por objetivo dar ao aluno a formação profissional de Odontólogo, conscientizando-o da importância da Saúde Bucal; proporcionando-lhe conhecimento dos materiais odontológicos e seu emprego na prática, vivência clínica e capacidade de diagnosticar e executar tratamento dos inúmeros processos patológicos que afetam o complexo buco-maxilo-facial.

5. DESENVOLVIMENTO

O curso de Graduação em Odontologia da UFSC oferece aos seus graduandos uma grande estrutura, no intuito de melhor preparar os futuros dentistas. Atualmente o Curso conta com duas clínicas onde são oferecidos inúmeros tipos de atendimentos disponibilizados para a comunidade gratuitamente.

Para melhor entendimento de como o Curso de Graduação em Odontologia está organizado, seguem algumas considerações a respeito da estrutura que envolve o mesmo, exemplificando os setores que dão apoio às atividades do referido Curso.

Sabe-se que as organizações são sistemas abertos que interagem com o meio ambiente externo.

Sendo assim, são apresentados o número de atendimentos prestados pelo referido Curso de Graduação por mês, para cada especialidade e procurou-se demonstrar aspectos do ambiente ao qual o Curso está inserido, *principalmente aspectos demográficos.*

Após estas considerações iniciais, é importante salientar que o Governo adota diretrizes no sentido de melhor oferecer os seus serviços. Sendo assim procurou-se descrever as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e mostrar que diversos dos pressupostos deste documento do Ministério da Saúde, estão sendo aplicados pelo Curso de Graduação em Odontologia da UFSC no desenvolvimento de suas atividades.

5.1 AMBIENTE INTERNO

Pode-se dizer que a estrutura organizacional é entendida como a maneira pela qual as atividades de uma organização são divididas e em seguida como ocorre a coordenação dessas tarefas.

O diagrama que reflete a estrutura de uma organização é o organograma, representando suas diversas atividades, setores e número de níveis hierárquicos.

Primeiramente, é interessante conhecer a organização em estudo, no caso, o Curso de Graduação em Odontologia da UFSC.

A estrutura de uma organização compreende três aspectos: as atividades de trabalho necessárias, as subordinações e os agrupamentos (DAFT, 1996).

É de se salientar que o Curso de Graduação em Odontologia é gerenciado pelo Departamento de Estomatologia, e este por sua vez faz parte do Centro de Ciências da Saúde. Tendo como ponto de partida a diretoria do Centro de Ciências da Saúde (CCS), este é um órgão que reúne a cúpula da organização, isto é, onde as estratégias dos departamentos são elaboradas e também onde encontram-se pessoal com nível de entendimento global da organização.

Mintzberg (2003) afirma que é a Cúpula Estratégica que faz a organização seguir a sua missão.

A cadeia de comando, parte da diretoria, onde as decisões mais importantes são tomadas, e segue para os níveis mais baixos da hierarquia.

Stoner (1992) refere-se ao alcance da gerência como o número de trabalhadores que se submetem a determinado gerente ou diretor.

Um órgão público geralmente tem a característica de ter muitos níveis hierárquicos e um alcance de gerência baixo. A universidade tem esta característica, mas quando observa-se apenas um Centro, como o Centro de Ciências da Saúde, a sua estrutura torna-se mais achatada, com um número não tão grande de níveis hierárquicos, como no diagrama mostrado acima.

Cabe ao Departamento de Estomatologia controlar todos os setores do curso de Graduação em Odontologia. É comum o uso de ofícios, por parte deste departamento, como via de comunicação formal. Também pode-se dizer que o Departamento de Estomatologia, órgão que gerencia o Curso, serve de intermediário entre a Diretoria do CCS (cúpula) e os demais setores.

Segundo Mintzberg (2003) é a Linha Intermediária que liga a cúpula ao núcleo operacional, servindo de elo entre ambos.

Em seguida são comentadas algumas características de um setor específico do Curso de Odontologia: o Setor de Triagem.

Este Setor específico, conhecido como setor de Triagem do Curso de Odontologia pode ser considerado como um órgão operacional, pois executa uma atividade diretamente ligada à prestação de serviços. Recebe solicitações diretamente do Departamento de Estomatologia, portanto, é supervisionado diretamente por ele. Pode-se afirmar que o setor de Triagem é um órgão relativamente padronizado, isto é, que possui processos padronizados. A Professora, Denise Maria B. Oleinisk é a atual chefe do Setor de Triagem.

Mintzberg (2003) afirma que é o Núcleo Operacional o órgão responsável pela execução do trabalho básico da organização.

Stoner (1992) sugere que a estrutura funcional é definida como a forma de dispor a organização em departamentos, na qual os indivíduos que compõem cada departamento estão engajados em uma atividade funcional característica.

Com relação ao tipo de estrutura, o Curso de Graduação em Odontologia adota uma estrutura funcional, pois agrupa pessoal, em cada um de seus setores, para realizarem tarefas similares.

São através de Reuniões de Colegiado é que são discutidos os problemas específicos do Curso de Graduação em Odontologia. Isto envolve um planejamento por parte do Departamento que o gerencia. Stoner (1992) afirma que uma estratégia é um programa amplo para definir e alcançar as metas de uma organização; uma resposta da organização ao seu ambiente através do tempo.

Lacombe e Heiborn (2003) afirmam que o planejamento não se refere a decisões futuras, pois as decisões são sempre tomadas no presente e seus resultados é que se projetam no futuro. Sendo assim, é preciso planejar no presente para futuramente implementar aquilo que desejamos.

Lacombe e Heiborn (2003, p.162) "Podemos imaginar o planejamento como uma ponte que vai do ponto em que estamos aonde queremos chegar."

Com relação aos recursos tecnológicos, o Curso de Odontologia se utiliza de recursos como rede intranet que interliga os computadores de um determinado setor aos demais setores do curso.

Somente o setor de Triagem do Curso de Odontologia se utiliza de três microcomputadores, onde são armazenados bancos de dados com listas de pacientes, os chamados bancos de espera para cada disciplina. Tais arquivos

são de grande importância para o Curso de Odontologia, uma vez que as aulas práticas do Curso exigem um grande número de pacientes, cabendo ao setor de Triagem chamar os pacientes com determinado tipo de necessidade, para o local correto, no momento correto.

Pode-se dizer que, de acordo com o Centro de Ciências da Saúde, o Curso de Odontologia da UFSC atende em média 3500 pessoas por mês, incluindo todas as suas especificidades, que vão além do Curso de Graduação. Isto mostra que os serviços prestados são de grande importância para a comunidade.

Através de estudos posteriores, será possível mostrar o número de pacientes atendidos por disciplina do Curso de Graduação.

5.2 AMBIENTE EXTERNO

O ambiente externo consiste em elementos de fora de uma organização que afetam o funcionamento da mesma. (STONER, 1999)

Ainda segundo Stoner (1999), o ambiente externo é composto por elementos de ação direta que estão próximos à organização e, também, por elementos mais gerais conhecidos como elementos de ação indireta, como por exemplo: a economia, a política, entre outros.

5.2.1 Tecnológico

Pode-se observar que o curso de Odontologia faz constantes aprimoramentos com relação aos equipamentos, instrumentos e materiais utilizados pelos acadêmicos.

O ambiente é dinâmico, mas afeta a organização de uma maneira diferente, isto é, não existe uma corrida para constantes aprimoramentos, como ocorreria em uma empresa privada, por se tratar de um órgão público, esse processo é mais lento. Uma explicação para o fato seria que o público que a

freqüente não é exigente. Mesmo assim, o Curdo de Odontologia é obrigado a se atualizar para garantir a formação dos seus acadêmicos.

Com relação ao Curso de Graduação em Odontologia, o mesmo necessita de investimentos em novas tecnologias, principalmente novos computadores.

Segundo Cobra (1988) o campo tecnológico é ilimitado e a velocidade da informação é grande; por esta razão, o desenvolvimento tecnológico deve ser acompanhado pelo desenvolvimento de mercado e vice-versa.

5.2.2 Político/Econômico

A área política exerce forte influência nos organizações públicas e não poderia ser diferente com a Universidade.

Existe uma forte influência da direção sobre os demais órgãos. A direção de cada departamento, exercida pelos chefes de departamento tem que acatar as leis, políticas econômicas e regras do governo.

Além do mais, a cada governo que passa, podem ser criados ou extintos órgãos, sendo que o mais comum é a saída de seus diretores. Desta maneira, a eleição de líderes do governo pode afetar os rumos da Universidade Federal de Santa Catarina, que é gerida por pessoas públicas.

O macroambiente é imprevisível em determinados momentos, por serem forças mais gerais. Isso pode ser explicado pela situação que o país enfrenta, de grande desemprego, estagnação da renda, crise social generalizada, refletindo um número crescente de pessoas que procuram UFSC em busca de atendimentos odontológicos.

A situação que o país enfrenta, caracterizada por profunda crise social, reflete-se na maneira que o Departamento de Estomatologia gerencia o Curso de Graduação em Odontologia. Por exemplo, o atendimento de todos os indivíduos que procuram a emergência do Curso de Graduação seria inviável, sendo assim, a chefia do Departamento determinou que fossem priorizados o atendimento dos casos mais urgentes.

Para RICO (2004) a pobreza pode ser considerada um fenômeno ligado a diversas causas como por exemplo baixo nível de escolaridade, crescente expansão das atividades informais no mercado de trabalho e redução dos postos de trabalho e desemprego. Também é de se destacar que a pobreza tem ligação com a desigualdade social e má distribuição de renda.

De acordo com RICO (2004) a economia brasileira está piorando a cada ano. Em 2003, caiu três posições no ranking das maiores do mundo, passando para 15º lugar, com um Produto Interno Bruto – PIB de US\$ 493 bilhões, enquanto em 2002 ocupava a 12ª posição, com um PIB de US\$ 459 bilhões.

O Brasil, considerado ao mesmo tempo subdesenvolvido e industrializado, revela uma grande concentração de renda nas mãos de poucos. Isto agrava ainda mais a situação do país.

Também pode-se afirmar que a política econômica brasileira tem a característica de priorizar a estabilidade econômica, ao invés de investir naquilo que mais interessa para a sociedade, nas áreas sociais.

5.2.3 Demográfico

Variáveis como idade, tamanho da família, renda, educação, ocupação entre outras da sociedade refletem significativamente na maneira como as políticas do governo devem ser geridas.

Geralmente, as pessoas que procuram o Curso de Odontologia possivelmente vêm de famílias de baixa renda. Também é de se destacar o problema social causado pelo desemprego. O poder aquisitivo do brasileiro é baixo e isso mostra que o mesmo não tem condições de bancar serviços odontológicos particulares.

TABELA 04: Classificação dos estabelecimentos quanto a sua especificação

ESPECIFICAÇÃO	QUANTIDADE
Postos e Centros de Saúde	1766
Hospitais	229
Leitos	16357
Médicos	5739
Habitantes/médico	929
Dentistas	5054
Habitantes/dentista	1055
Farmacêuticos e bioquímicos	2817
Enfermeiros	2220

Fonte: Ribas (2001, p.61)

Um dado importante de se destacar é que Santa Catarina conta com 229 hospitais. Os estabelecimentos de saúde podem ser classificados, de acordo com Ribas (2001) conforme a sua especialização, dependência (público ou privado) e tipo. Também existem outros 1766 estabelecimentos de saúde além dos hospitais, como postos de saúde, centros de saúde e outros.

Para Ribas (2001), em seu livro Retratos de Santa Catarina, relata diversos aspectos de nosso Estado. Através da tabela mostrada anteriormente, pode-se perceber a grandiosidade do sistema catarinense de saúde que conta com aproximadamente 5700 profissionais de saúde, 229 hospitais e outros 1766 estabelecimentos da área.

Um dado interessante mostra o número de habitantes por profissional, como no caso dos dentistas, que chega a um valor de 1005 habitantes para cada dentista.

É de se destacar que o atendimento odontológico gratuito não cobre todas as especialidades, isto é, muitos casos não são atendidos pelos postos de saúde.

A seguir seguem informações de indicadores sócio-econômicos referentes à cidade de Florianópolis.

De acordo com Prefeitura Municipal de Florianópolis (2006) "Este caderno de informações contém os indicadores que formam o cenário

econômico de Florianópolis, a partir de dados disponíveis, coletados e analisados pelo gabinete de planejamento - GAPLAN”.

Para a Prefeitura Municipal de Florianópolis (2006) “O objetivo do mesmo é subsidiar o planejamento estratégico empresarial, governamental e, primordialmente, manter o público atualizado a respeito das tendências e dinâmicas dos principais setores econômicos de nossa cidade, demonstrando a preocupação do governo municipal com o desenvolvimento harmonizado e com a qualidade de vida do florianopolitano”.

Pode-se afirmar que estas informações são de grande valia para melhor compreensão de aspectos da cidade de Florianópolis e, assim, compreender melhor o contexto em que a Universidade Federal de Santa Catarina está inserida.

TABELA 05: Indicadores Gerais - População Total, Urbana e Rural, Taxa de Urbanização e Densidade Demográfica para os Municípios do Núcleo da Região Metropolitana de Florianópolis, 2003.

Município	População Total	População Urbana	População Rural	Taxa de Urbanização	Densidade Demográfica
Águas Mornas	5.630	1.792	3.838	31,82	14,31
Antônio Carlos	6.687	1.830	4.857	27,36	28,10
Biguaçu	52.394	46.760	5.634	97,26	156,00
Florianópolis	369.102	358.180	10.922	97,04	845,59
Governador Celso Ramos	12.205	11.409	796	93,47	143,75
Palhoça	113.312	107.988	5.324	95,30	302,30
Santo Amaro da Imperatriz	16.421	13.105	3.316	79,80	51,27
São José	185.039	182.556	2.483	96,65	1,535
São Pedro de Alcântara	3.702	2.166	1.536	58,50	26,00
Total	764.492	725.786	38.706	-----	-----

Fonte: Prefeitura Municipal de Florianópolis (2006). Informações Sócio-Econômicas. Indicadores Gerais.

De acordo com Prefeitura Municipal de Florianópolis (2006), os Indicadores populacionais de Florianópolis estão descritos na Tabela 05, logo acima.

Pode-se constatar, através da tabela acima que a cidade de Florianópolis tem cerca de 369.000 habitantes e, sua grande maioria, aproximadamente 97% vivem em áreas urbanas. Isto demonstra que a taxa de urbanização de Florianópolis é elevada.

TABELA 06: Indicadores de Desenvolvimento e Qualidade de Vida em Florianópolis

Indicador	Ano	Valor
Índice de Gini* – Concentração de renda (IBGE)	1991	0,5571
Coefficiente de mortalidade infantil (por mil habitantes) (SS)	2003	9,75
Cobertura de primeira consulta odontológica	2003	10,38 %
População coberta pelo Programa de Saúde da Família	2003	40,19 %
Taxa de escolarização – 2º grau (SED)	1998	62,91 %
Taxa de alfabetização (IBGE)	2001	96,07%
Taxa de abandono no ensino fundamental das escolas públicas municipais (SME)	2003	1,23 %

* Índice de Gini revela o grau de concentração de renda de acordo com metodologia da ONU. Quanto mais o valor se aproxima de 1, maior o grau de concentração.

Fonte: Prefeitura Municipal de Florianópolis (2006). Informações Sócio-Econômicas. Qualidade de Vida.

Santa Catarina é o Estado que possui uma distribuição de renda equilibrada. Tal fato pode ser comprovado observando-se que o indicador de Gini de 0,56 da Capital Florianópolis. Também a capital tem uma elevada taxa de alfabetização, mas a cobertura da primeira consulta odontológica é baixa.

Com relação ao número de habitantes, Florianópolis, apesar de ser a capital do Estado, não é a sua maior cidade. A cidade mais populosa é considerada Joinville.

De acordo com Prefeitura Municipal de Florianópolis (2006), em janeiro de 1998, a Lei Complementar nº 162 instituiu a Região Metropolitana de Florianópolis, a primeira a ser criada no Estado com objetivo principal de dinamizar as soluções dos problemas urbanos comuns.

TABELA 07: População por Faixa Etária - Florianópolis 1996

Faixa Etária	Situação	
	Urbana	Rural
00-04	18.715	2.226
05-09	21.206	2.084
10-14	24.558	2.045
15-19	25.674	1.853
20-24	24.554	1.937
25-29	21.412	1.935
30-34	22.222	2.171
35-39	20.100	1.742
40-44	17.955	1.295
45-49	14.840	870
50-54	10.747	673
55-59	8.090	474
60-64	6.516	406
65-69	5.366	320
70-74	3.655	247
75-79	2.322	149
80 anos ou mais	2.407	134
Idade Ignorada	318	63
TOTAL	250.657	20.624

Fonte: Prefeitura Municipal de Florianópolis (2006). Perfil de Florianópolis. Aspectos Ambientais. Demografia.

TABELA 08: Unidades Domiciliares, Pessoas Residentes, Segundo o Tipo de Domicílio - Florianópolis 1996

Tipo de Domicílio	Área Urbanizada	Pessoas Residentes	Área Urbanizada Isolada	Pessoas Residentes	Área Rural	Pessoas Residentes
Particular Permanente	71.114	245.024	927	3.153	5.850	20.550
Particular Improvisado	124	342	0	0	3	7
Coletivo	1.678	2.093	20	45	62	74
Total	72.916	247.459	947	3.198	5.915	651

Fonte: Prefeitura Municipal de Florianópolis (2006). Perfil de Florianópolis. Aspectos Ambientais. Demografia.

TABELA 09: População Residente do Aglomerado Urbano de Florianópolis, 1970 a 2000

Ano	Florianópolis	Biguaçu	Palhoça	São José	Total
1970	138.337	15.337	20.652	42.535	216.861
1980	187.871	21.434	38.031	87.817	147.282
1991	254.941	34.027	68.298	139.318	496.584
1992	260.593	35.283	71.316	144.453	511.645
1993	266.858	36.563	74.394	149.691	527.506
1994	272.073	37.870	77.534	155.033	542.510
1995	277.156	39.202	80.736	160.483	557.577
1996	271.281	40.561	84.003	166.041	561.886
1997	285.279	41.948	87.335	171.710	586.272
1998	299.999	42.852	86.861	152.734	582.446
1999	315.479	44.804	94.200	183.392	637.875
2000	342.315	48.077	102.742	173.230	666.693

Fonte: Prefeitura Municipal de Florianópolis (2006). Perfil de Florianópolis. Aspectos Ambientais. Demografia.

De acordo com Prefeitura Municipal de Florianópolis (2006) os serviços de saúde no município de Florianópolis demonstraram crescimento desde sua criação há mais de três décadas.

Também aconteceu a municipalização de unidades de saúde que anteriormente pertenciam ao Governo Estadual. Tal fato levou a uma melhoria considerável dos serviços prestados na área da saúde.

TABELA 10: Quadro demonstrativo da série histórica da produção na assistência ambulatorial da rede básica de saúde de Florianópolis - PMF/SMS/DPAA, Agosto de 2001.

ANO	CONSULTAS MÉDICAS	PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	PROCEDIMENTOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM	PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM
1989	97.574	51.668	187.512	16.474
1990	95.146	58.557	201.634	29.383
1991	120.655	88.430	236.639	44.992
1992	266.729	139.680	248.647	44.282
1993	260.193	175.774	238.532	49.392
1994	225.372	129.273	239.302	65.674
1995	242.820	109.655	135.705	67.965
1996	238.779	108.637	171.683	70.507
1997	293.824	132.622	242.305	119.630
1998	278.925	115.927	171.302	85.012
1999	265.927	85.529	195.096	91.716
2000	269.363	110.678	202.901	98.786

Fonte: Prefeitura Municipal de Florianópolis (2006). Perfil de Florianópolis. Aspectos Sociais. Saúde. Produção de Serviços na Rede Municipal de Saúde.

5.3. AÇÕES DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DA UFSC

O número de atendimentos em cada especialidade, oferecidos pelo Curso de Graduação em Odontologia, correspondem ao número de pacientes atendidos por disciplina do Curso de Graduação. Segue abaixo a relação desta disciplinas com o número de atendimentos mensal.

É de se salientar que apenas após o devido embasamento teórico, é que os alunos do curso desenvolvem atividades clínicas e necessitam estudar casos compatíveis com a ementa da disciplina cursada.

Inicialmente, a atividade que envolve atendimento à população começa na quarta fase do curso de Odontologia, através da disciplina de semiologia.

O número de atendimentos por disciplina, descrito abaixo, foi obtido através de consulta do Relatório de Produção Mensal dos pacientes atendidos pelo Curso de Odontologia da UFSC, do primeiro semestre de 2004.

5.3.1 Semiologia

Ementa: “Exame. Métodos e processos semiológicos. Sinais e sintomas. Fichas. Termodiagnose, eletrodiagnose e diafanoscopia. Citologia esfoliativa. Biópsia. Hematologia clínica aplicada. Semiologia do hálito, face, lábios, mucosa buco-faríngea, glândulas salivares e complexo dento-maxilo-mandibular.”

Esta disciplina atende aproximadamente 45 pacientes por semana, totalizando 180 paciente por mês. Inicia-se com embasamento teórico no primeiro mês de atividades do curso e somente após as aulas teóricas, os alunos tem contato com os pacientes.

Esta disciplina, representa o exame inicial do paciente. Sendo assim, é o primeiro contado entre aluno e paciente. Também é a porta de entrada para que o paciente tenha uma continuidade dentro da universidade,.

Sendo assim, esta é a disciplina que serve de base para as demais, uma vez que o prontuário do paciente é aberto pelos alunos da mesma. Tal documento se traduz em um resumo de todos os problemas bucais do paciente. Também é de responsabilidade da disciplina encaminhar o paciente para áreas que o mesmo necessita, deixando o respectivo prontuário no Setor de Triagem para que o mesmo seja encaminhado.

5.3.2 Oclusão da 7ª Fase

Ementa: “Registro da relações intre-maxilares e montagem em articuladores semi-ajustáveis. Relações oclusais. Exame e diagnóstico. Construção e instalação de esplintes oclusais. Atendimento de casos clínicos.”

É através da mesma que os pacientes com problemas oclusais podem ter acesso ao devido atendimento pelos alunos da Graduação nesta respectiva área.

Esta disciplina é responsável pelo atendimento aproximado de 30 pacientes por mês.

5.3.3 Cirurgia da 5a Fase

Ementa: “Esterelização.Instrumental. Técnicas em Exodontia. Desenvolvimento do ato cirúrgico em exodontia. Indicações e complicações. Síntese dos tecidos. Controle pós-operatório. Acidentes em exodontia. “

Basicamente, são realizados procedimentos necessários para a extração de dentes.

Esta disciplina é responsável pelo atendimento de aproximadamente 150 pacientes por mês.

5.3.4 Cirurgia da 6a Fase

Ementa: “Propedêutica cirúrgica. Exame clínico e documentação. Pré e pós-operatório. Planejamento. Assepsia e antisepsia. Instrumental. Técnica cirúrgica. Síntese dos tecidos. Terapêutica cirúrgica.”

Esta disciplina é responsável pelo atendimento aproximado de 60 pacientes por mês.

5.3.5 Periodintia da 6a Fase

Ementa: “Etiologia das enfermidades periodontais; fatores locais das enfermidades. Classificação e diagnóstico. Tratamento das moléculas gengivais e periodontais.”

Esta disciplina é responsável pelo atendimento aproximado de 50 pacientes por mês.

5.3.6 Periodontia da 7a Fase

Ementa: "Introdução ao estudo da periodontia. Tecidos periodontais. Enfermidade periodontal: características da moléstia periodontal."

Esta disciplina é responsável pelo atendimento aproximado de 50 pacientes por mês.

5.3.7 Endodontia Clínica da 6a Fase

Ementa: "Tratamentos endodônticos conservadores. Tratamento endodôntico de incisivos e caninos. Reimplante dental. Atendimento de pacientes."

Esta disciplina é responsável pelo atendimento aproximado de 50 pacientes por mês.

5.3.8 Endodontia Clínica da 7a Fase

Ementa: "Tratamento endodôntico de incisivos, caninos e pré-molares. Seleção de casos para tratamento endodôntico. Tratamento endodôntico em sessão única. Reimplante dental. Atendimento de pacientes."

Esta disciplina é responsável pelo atendimento aproximado de 50 pacientes por mês.

5.3.9 Prótese Parcial Clínica

Ementa: "Exame da boca, diagnóstico e plano de tratamento. Resolução de casos clínicos de prótese unitária: coroa, jaqueta, núcleos e blocos; prótese parcial fixa e prótese parcial removível a grampos e a encaixe."

Esta disciplina é responsável pelo atendimento aproximado de 30 pacientes por mês.

5.3.10 Prótese Total Clínica

Ementa: “Exame da boca, diagnóstico e plano de tratamento. resolução de casos clínicos e de prótese total.”

Esta disciplina é responsável pelo atendimento aproximado de 30 pacientes por mês.

5.3.11 Odontopediatria da 8a Fase

Ementa: “Operações preparatórias para o tratamento odontopediátrico. Radiologia. Hábitos bucais. Odontopediatria para excepcionais. Consultório odontopediátrico. Clínica de Odontopediatria.”

Esta disciplina é responsável pelo atendimento aproximado de 100 pacientes por mês.

5.3.12 Ortodontia

Ementa: “Exame do paciente: exame clínico, radiográfico e dos modelos de estudo. Moldagem e confecção de aparelhos preventivos e interceptadores. Resolução decasos clínicos.”

Esta disciplina é responsável pelo atendimento aproximado de 30 pacientes por mês.

5.3.13 Estágio Supervisionado

Ementa: “Desenvolvimento de atividades odontológicas educativas e preventivas em Instituições Sociais (creches comunitárias, escolas públicas, entidades filantrópicas) conveniadas a UFSC sob supervisão e orientação, com

avaliação. Elaboração de Trabalho de Conclusão de Estágio (TCE) dentro das normas de metodologia científica.”

5.3.14 Clínica Integrada

Ementa: “Clínica integrada de cirurgia oral, traumatologia, periodontia, prótese total, parcial fixa e removível, dentística restauradora, endodontia, odontopediatria e ortodontia interceptora.”

Esta disciplina é responsável pelo atendimento aproximado de 1000 pacientes por mês.

5.3.15 Dentística

São três semestres cursados, correspondendo as disciplinas de dentística da 6ª fase, dentística da 7ª fase e dentística da 8ª fase.

Cada uma destas disciplinas é responsável pelo atendimento aproximado de 60 pacientes por mês.

5.4 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

Em primeiro momento, são comentados alguns pontos importantes do documento intitulado Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal do ano de 2004. Este texto relata as diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS.

Representa uma tentativa do governo de reorganizar o antigo modelo de atenção em saúde bucal. Conforme o texto em anexo do Ministério da Saúde (2004, p.3), procura-se ter “uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco [...]”.

Tal modelo também promove a responsabilização tanto dos serviços prestados como dos trabalhadores da saúde, em construir, juntamente com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições, para que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas sim que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário. (Ministério da Saúde, 2004)

Em inúmeras vezes, quando trabalhei no setor de Triagem do Curso de Odontologia, pude observar a atuação dos alunos do curso trabalhando no sentido de orientar os pacientes da melhor forma possível, de maneira responsável. Tais orientações, representam um auxílio a mais para que o paciente tenha os devidos cuidados. Pode-se dizer que isto serve como um trabalho preventivo.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004) ações e serviços devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para construir uma prática efetivamente resolutive.

É importante que se conheça o perfil de cada localidade para que o governo possa traçar as políticas necessárias para atender a tal localidade.

Conforme o Ministério da Saúde (2004), há a necessidade de cada território conhecer melhor o seu povo, com relação às condições de vida, seus hábitos e o que fazem para solucionar seus problemas de saúde e se existe alguma ação preventiva.

Para o Ministério da Saúde (2004) a elaboração deste modelo requer que sejam analisadas as linhas do cuidado para as mais variadas idades, para que se possa estabelecer equipes de saúde visando principalmente acolher, informar, atender e encaminhar.

Sendo assim, esta reorganização do modelo de atenção em saúde bucal procura abordar as diferentes linhas de cuidado: criança, adulto, idoso, que tenha o objetivo agir no sentido de resolver cada caso seguindo determinados procedimentos.

Pode-se perceber a abrangência deste documento, que serve como modelo para o território nacional.

Deve-se observar os pressupostos (Item 2) do documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, que está anexado a este trabalho. É a essência da política do Ministério da Saúde no que se refere à Saúde Bucal.

Com relação ao item 6 – Ampliação e Qualificação da Atenção Básica, pôde-se perceber que o Curso de Odontologia da UFSC promove muitas dos pressupostos deste documento, principalmente no que se refere aos seguintes itens, conforme o texto em anexo do Ministério da Saúde (2004):

6.1. Prevenção e controle do câncer bucal

a) realizar rotineiramente exames preventivos para detecção precoce do câncer bucal, garantindo-se a continuidade da atenção, em todos os níveis de complexidade, mediante negociação e pactuação com representantes das três esferas de governo.

b) oferecer oportunidades de identificação de lesões bucais (busca ativa) seja em visitas domiciliares ou em momentos de campanhas específicas (por exemplo: vacinação de idosos);

c) acompanhar casos suspeitos e confirmados através da definição e, se necessário, criação de um serviço de referência, garantindo-se o tratamento e reabilitação.

d) estabelecer parcerias para a prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação do câncer bucal com Universidades e outras organizações.

O texto mostra que existem parcerias com Universidades para a prevenção e controle do câncer bucal. A disciplina de Estomatologia, que trata do exame inicial, tem o papel preventivo, no sentido de detectar e informar ao paciente a respeito deste tipo de lesão.

6.2. 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.

Pode-se dizer que a emergência do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC executa seu trabalho exatamente de acordo com o item

6.2 mencionado acima, seguindo tais orientações, principalmente no que se refere a orientação ao paciente e a avaliação de risco.

Conforme o texto do Ministério da Saúde (2004), em anexo, no que se refere a procedimentos mais complexos, pretende-se comentar os itens 6.3 e 6.4 citados abaixo:

6.3. Inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica

Deve-se considerar a possibilidade de, em cada local, inserir na atenção básica procedimentos como pulpotomias, restauração de dentes com cavidades complexas ou pequenas fraturas dentárias e a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares, bem como tratamento periodontal que não requeira procedimento cirúrgico.

Estes procedimentos estão presentes no Curso de Odontologia da UFSC, como tratamento de canal (pulpotomias), realizado pelas disciplinas de Endodontia, restauração de dentes, realizado pela disciplina de dentística, tratamento periodontal, realizado pelas disciplinas de periodontia. Tais procedimentos têm grande procura, principalmente por pessoas encaminhadas pelos postos de saúde da capital.

Nos dois anos de atuação no Setor de Triagem, fui responsável por organizar as listas de espera do S.U.S., que compreende diversas especialidades. Percebi que, para muitos casos, principalmente os procedimentos mais complexos, a atuação dos postos de saúde é bastante limitada.

O mesmo pode ser mencionado com relação ao item 6.4, do Ministério da Saúde (2004), descrito abaixo:

6.4. Inclusão da reabilitação protética na atenção básica

Considerar em cada local a possibilidade de inserir na atenção básica procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares. Assim será possível avançar na superação do quadro atual, onde os procedimentos relativos às diferentes próteses dentárias estão

inseridos nos serviços especializados e, portanto, não são acessíveis à maioria da população.

Existe um grande distanciamento entre estas propostas e a sua efetiva tomada de ação.

6.5. Ampliação do acesso

Com o objetivo de superar o modelo biomédico de atenção às doenças, propõem-se duas formas de inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: 1) por linhas de cuidado; e, 2) por condição de vida. A primeira prevê o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada como saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso. Já a proposta de atenção por condição de vida compreende a saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras. Nesse sentido, ações de saúde bucal também estarão incluídas nos documentos específicos definindo as políticas para a intervenção governamental segundo as linhas de cuidado ou condição de vida.

Pude perceber que tanto por linhas de cuidado, como por condição de vida, o Curso de Graduação em Odontologia se faz presente, uma vez que são disponibilizados atendimento a diferentes faixas etárias, crianças, adolescentes, adultos, idosos, e também atendimentos à pessoas que requerem cuidados especiais.

A respeito do item 7 – Ampliação e Qualificação da atenção secundária e terciária:

De acordo com Ministério da Saúde (2004), “a assistência odontológica pública no Brasil tem-se restringido quase que completamente aos serviços básicos — ainda assim, com grande demanda reprimida. Os dados mais recentes indicam que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos.”

Isto revela que o Sistema Único de Saúde é baseado quase que exclusivamente à atenção básica, oferecendo um número pouco expressivo de

procedimentos mais especializados. O texto sinaliza sobre a baixa oferta dos serviços de atenção secundária e terciária.

A expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica. (Ministério da Saúde, 2004).

Como a atenção básica teve um grande incremento, o S.U.S. necessita de novos investimentos para que procedimentos mais complexos estejam disponíveis para a população.

Para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, o Ministério da Saúde contribuirá para a implantação e/ou melhoria de Centros de Referência de Especialidades Odontológicas (CREO) (Ministério da Saúde, 2004). Os procedimentos almejados pelo CREO incluem, dentre outros, tratamentos cirúrgicos periodontais, endodontias, dentística de maior complexidade, e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção.

Se a proposta de Criação destes Centros de Referência for realmente implementada, pode-se ter uma melhoria da qualidade de vidas das pessoas, uma vez que os atendimentos incluiriam serviços especializados para a população.

6. CONCLUSÕES

Nos dias de hoje houve um grande avanço nos que diz respeito ao comprometimento das organizações com causas sociais. Será a partir da década de 90 que os conceitos de responsabilidade social começam a ser consolidados, através de investimentos por parte das organizações.

A responsabilidade social implica na forma das organizações conduzirem seus negócios, com ações pautadas em valores éticos e transparência na gestão dos negócios. É considerado um tema recente, mas de interesse na mídia, empresariado, governo, e pela sociedade civil.

A ética nas organizações implica para as empresas respeito aos interesses, valores e direitos de todos os indivíduos afetados pelas mesmas. Além da ética, é igualmente importante a qualidade nas relações das empresas. O outro conceito de responsabilidade social, a transparência, se resume na coerência entre discurso e prática de uma organização e no fato da mesma disponibilizar informações importantes a respeito de suas atividades.

São muitos os exemplos de organizações que contribuem com causas sociais e que ao mesmo tempo, repassam informações significativas a respeito de tais ações.

Com o enfraquecimento do papel do Estado, interesse da mídia e da própria sociedade, existe uma maior pressão social e política para que as organizações cumpram com o seu papel de forma positiva para a sociedade, através de uma maior responsabilidade sócio-ambiental e transparência nos negócios.

O processo de globalização trouxe benefícios, mas também, muitos problemas sociais decorreram do mesmo, como crescimento da pobreza e da desigualdade social. Pode-se dizer que o país enfrenta dificuldades nas áreas sociais, principalmente no que diz respeito a área da saúde.

Uma vez que o Estado não consegue suprir as necessidades de seus cidadãos, surgem iniciativas que complementam os serviços prestados pelo Governo ou, ao menos, auxiliam uma determinada parcela da população.

Exemplo de iniciativa de grande importância para a comunidade de Florianópolis são as atividades desempenhadas pelo Curso de Graduação em Odontologia da UFSC, oferecendo serviços como por exemplo: atendimento

emergencial, disponibilizado durante a semana nos períodos matutino e vespertino; procedimentos especializados, como a instalação de próteses dentárias, com custo apenas do material empregado; serviços de periodontia, endodontia, extrações de terceiro molares, serviço radiológico, entre outros. Tais serviços são considerados especializados por serem mais complexos e caso não fossem prestados pela Universidade, seriam de difícil acesso para a população mais carente.

Atualmente o Curso de Graduação em Odontologia conta com duas clínicas aparelhadas para atender os mais variados tipos de procedimentos odontológicos, muitos dos quais ainda não oferecidos pelos postos de saúde da capital, principalmente no que se refere aos tratamentos especializados.

Depois de analisar as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal do ano de 2004, pôde-se constatar que o Curso de Graduação em Odontologia promove muitos dos pressupostos deste documento, uma vez que os graduandos desenvolvem atividades relacionadas à prevenção, diagnóstico e tratamento, procurando abordar os mais variados casos, que vão desde a atenção a serviços básicos até atendimentos com procedimentos mais complexos.

Também foi possível constatar que o Sistema Único de Saúde é baseado principalmente na atenção básica, oferecendo um número pouco expressivo de procedimentos especializados. Sendo assim, faltam investimentos nesta área, por parte do Governo.

Para a melhoria da condição de vida das parcelas menos favorecidas de nossa sociedade, deve-se priorizar, em primeiro lugar, as ações que beneficiam o coletivo. Para tanto, as organizações devem agir de forma ética e transparente com a sociedade. Sendo assim, as formas de parcerias entre o Estado, sociedade civil e as empresas, contribuem para melhoria da qualidade de vida da população, e são de grande importância para o desenvolvimento da sociedade.

REFERÊNCIAS

- BATEMAN, Thomas S.; Snell, Scott A. **Administração: construindo vantagem competitiva**. São Paulo: Atlas, 1998.
- COBRA, Marcos. **MARKETING ESSENCIAL. Conceitos, Estratégias e Controle**. São Paulo: Atlas, 1998.
- DAFT, Richard. **Teoria e projeto das organizações**. 6.ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.
- Ministério da Saúde. DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. 2004. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/brasil_sorridente.php
- ETHOS – INSTITUTO ETHOS DE EMPRESAS E RESPONSABILIDADE SOCIAL. Disponível em: <http://www.ethos.org.br>. Acesso em 04 jun. 2006.
- FACHIN, Odília. **Fundamentos de Metodologia**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.
- FISCHER, Rosa Maria. **O Desafio da Colaboração: práticas de responsabilidade social entre empresas e terceiro setor**. São Paulo: Gente, 2002.
- GHOSHAL, Sumantra, TANURE, Betânia. **Estratégia e Gestão Empresarial. Construindo empresas brasileiras de sucesso**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- HALL, R. **Organizações: estruturas, processos e resultados**. 8 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2004.
- LACOMBE, Francisco José, HEILBORN, Luiz José. **ADMINISTRAÇÃO: princípios e tendências**. São Paulo: Saraiva, 2003.
- MATTAR, Fauze Najib. **Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento**. v. 1. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- MAXIMILIANO, Antonio César. **Introdução à Administração**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2000.
- MINTZBERG, Henry. **Criando organizações eficazes**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- OLIVEIRA, José Antonio Puppim. **Uma Avaliação Dos Balanços Sociais Das 500 Maiores**. Rae eletrônica. v.4, n.1, 2005. Seção Artigos. Disponível em: www.era.com.br/eletronica/index.cfm. Acesso em 28 out. 2005.

Prefeitura Municipal de Florianópolis. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/index.php> .Acessado em 12 de jul. 2006.

RIBAS, Salomão. **Retratos de Santa Catarina**. Aspectos Históricos, Geográficos, Políticos, Constitucionais, Econômicos e Sociais. 4 ed. Florianópolis: Autor, 2001.

RICO, Elizabeth de Melo. **A responsabilidade social empresarial e o Estado: uma aliança para o desenvolvimento sustentável**. São Paulo Perspec. v. 18, n. 4, 2004. Disponível em: www.scielo.org. Acesso em jun. 2005.

RODRIGUES, Artur. Revista Brasileira de Administração. **A Responsabilidade Social das Empresas no Brasil**. no 42, set 2003.

SCHROEDER, Jocimari Três; SCHROEDER, Ivanir. **Responsabilidade Social Corporativa: Limites e Possibilidades**. Rae eletrônica. v.3, n.2, 2004. Seção Comportamento Organizacional. Disponível em: www.era.com.br/eletronica/index.cfm. Acesso em 15 nov. 2005.

STONER, J. A. F. **Administração**. Rio de Janeiro: Prentice Hall, 1999.

ANEXO- 1



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

BRASÍLIA
2004

APRESENTAÇÃO

Este documento apresenta as diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS, resultantes de um processo de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal e fundamentando-se nas proposições que, nas últimas décadas foram geradas em congressos e encontros de odontologia e de saúde coletiva, bem como em consonância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e da I e II Conferência Nacional de Saúde Bucal. Estas diretrizes constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta à produção do cuidado. Desta forma, deve ser compreendido como referência conceitual para o processo de se fazer o modelo de atenção no espaço da micro-política, onde ocorre, diante de diversos problemas e demandas, o encontro dos saberes e fazeres entre sujeitos usuários e sujeitos profissionais.

Por sua natureza técnica e política, este documento encontra-se em permanente construção, considerando-se as diferenças sanitárias, epidemiológicas regionais e culturais do Brasil e deve ser debatido à luz dos resultados da pesquisa "Condições de Saúde Bucal na População Brasileira", que o embasa do ponto de vista epidemiológico.

Sugere-se também sua discussão no âmbito dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, visando à ampliação do debate junto aos trabalhadores e usuários do sistema de saúde, para aprofundar o controle público sobre esta área específica.

Cabe esclarecer que se espera que este conjunto de proposições esteja em discussão no amplo processo de debates que, em vários níveis, representa a III Conferência Nacional de Saúde Bucal, cujas decisões permitirão consolidar certas propostas e reorientar outras.

Brasília, DF, janeiro de 2004.

Humberto Costa

Ministro de Estado da Saúde

Jorge Solla

Secretário de Atenção à Saúde

Afra Suassuna

Diretora do Departamento de Atenção Básica

Gilberto Alfredo Pucca Jr.

Coordenador Nacional de Saúde Bucal

1. INTRODUÇÃO

As diretrizes aqui apresentadas apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco — pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais.

A produção do cuidado traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde. Implica a responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, em construir, com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário.

Assim, as ações e serviços devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutiva. É imprescindível, em cada território, aproximar-se das pessoas e tentar conhecê-las: suas condições de vida, as representações e as concepções que têm acerca de sua saúde, seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem bem como o que fazem para evitar enfermidades.

Ponto de partida para o exercício da cidadania, a construção da consciência sanitária implica, necessariamente, tanto para gestores e profissionais quanto para os usuários, a consciência dos aspectos que condicionam e determinam um dado estado de saúde e dos recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação.

O estímulo à construção de uma consciência sanitária, em que a integralidade seja percebida como direito a ser conquistado permitirá, com as formas possíveis de participação, desenvolver o processo de controle social das ações e serviços em saúde bucal.

Para a organização deste modelo é fundamental que sejam pensadas as “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência). Onde o usuário, através de um acesso que não lhe deve ser negado, saiba sobre cada lugar que compõe a estrutura do serviço a partir da sua vivência nele: como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele, e que é capaz de influir em seu andamento. A linha do cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho onde o trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes. Constituída assim, em sintonia com o universo dos usuários, esta linha tem como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de

laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas.

Em consequência, os profissionais da equipe de saúde bucal devem desenvolver a capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, assistência social, cultura, transporte, entre outras.

No âmbito da assistência essas diretrizes apontam, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção.

2. PRESSUPOSTOS

A reorientação do modelo de atenção em saúde bucal tem os seguintes pressupostos:

2.1. Assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo *qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município* para sua organização;

2.2. Garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável dessa;

2.3. Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência;

2.4. Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento —deve-se buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, através da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde;

2.5. Acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos;

2.6. Centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença, atuação intersetorial e ações sobre o território;

2.7. Incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica;

2.8. Definir política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS. Estabelecer responsabilidades entre as esferas de governo, com mecanismos de cooperação técnica e financeira, visando à formação imediata de pessoal auxiliar, para possibilitar a implantação das equipes de saúde bucal na ESF. Nos Estados em que os Pólos de Educação Permanente estiverem implantados, a educação continuada dos trabalhadores em saúde bucal deve ser dar através deles;

2.9. Estabelecer política de financiamento para o desenvolvimento de ações visando à reorientação do modelo de atenção.

2.10. Definir uma agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal, em todos os níveis de atenção.

3. PRINCÍPIOS NORTEADORES DAS AÇÕES

O desenvolvimento de ações na perspectiva do *cuidado em saúde bucal* tem os seguintes princípios, além dos expressos no texto constitucional (universalidade, integralidade e equidade):

3.1. Gestão Participativa: definir democraticamente a política de saúde bucal, assegurando a participação das representações de usuários, trabalhadores e prestadores, em todas as esferas de governo;

3.2. Ética: assegurar que toda e qualquer ação seja regida pelos princípios universais da ética em saúde;

3.3. Acesso: buscar o acesso universal para a assistência e dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população de um determinado espaço geográfico. Prioridade absoluta deve ser dada aos casos de dor, infecção e sofrimento.

3.4. Acolhimento: desenvolver ações para o usuário considerando-o em sua integralidade bio-psico-social. Acolhimento pressupõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada, garantido por uma equipe multiprofissional, nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar. Significa a base da humanização das relações e caracteriza o primeiro ato de cuidado junto aos usuários, contribuindo para o aumento da resolutividade.

3.5. Vínculo: responsabilizar a unidade ou serviço de saúde na solução dos problemas em sua área de abrangência, através da oferta de ações qualificadas, eficazes e que permitam o controle, pelo usuário, no momento de sua execução. O vínculo é a expressão-síntese da humanização da relação com o usuário e sua construção requer a definição das responsabilidades de cada membro da equipe pelas tarefas necessárias ao atendimento nas situações de rotina ou imprevistas. O vínculo é o resultado das ações do acolhimento e, principalmente, da qualidade da resposta (clínica ou não) recebida pelo usuário.

3.6. Responsabilidade Profissional: implicar-se com os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas, tornando-se co-responsável pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença em cada território. Corresponde ao desenvolvimento de práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário, conhecimento do contexto familiar e laboral, disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa e ao atendimento e providências pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais.

4. PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE BUCAL

A adequação do processo de trabalho ao modelo de atenção que se está propondo requer:

4.1. Interdisciplinaridade e Multiprofissionalismo: a atuação da equipe de saúde bucal (ESB) não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico. Ademais de suas funções específicas, a equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, atenta ao contexto sócio-econômico-cultural no qual ele está inserido. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções deve acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objeto das suas práticas. A ESB deve ser — e se sentir — parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção.

4.2. Integralidade da Atenção: a equipe deve estar capacitada a oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo.

4.3. Intersetorialidade: as ações de promoção de saúde são mais efetivas se a escola, o local de trabalho, o comércio, a mídia, a indústria, o governo, as organizações não-governamentais e outras instituições estiverem envolvidas. A intersetorialidade neste sentido implica envolver no planejamento os diferentes setores que influem na saúde humana: entre outros a educação, agricultura, comunicação, tecnologia, esportes, saneamento, trabalho, meio ambiente, cultura e assistência social.

4.4. Ampliação e Qualificação da Assistência: organizar o processo de trabalho de forma a garantir procedimentos mais complexos e conclusivos, de forma a resolver a necessidade que motivou a procura da assistência evitando o agravamento do quadro e futuras perdas dentárias e outras seqüelas. Para isso, os serviços precisam disponibilizar tempo de consulta suficiente e adequado à complexidade do tratamento. Nessa organização sugere-se:

a) maximizar a hora-clínica do CD para otimizar a assistência – 75% a 85% das horas contratadas devem ser dedicadas à assistência. De 15% a 25% para outras atividades (planejamento, capacitação, atividades coletivas). As atividades educativas e preventivas, ao nível coletivo, devem ser executadas, preferencialmente pelo pessoal auxiliar. O planejamento, supervisão e avaliação implicam participação e responsabilidade do CD;

b) garantir o atendimento de urgência na atenção básica e assegurar cuidados complementares a esses casos em outras unidades de saúde (pronto atendimento, pronto socorro e hospital) de acordo com o Plano Diretor de Regionalização;

c) Adequar a disponibilidade de recursos humanos de acordo com o fluxo de demanda da realidade local.

4.5. Condições de Trabalho: para assegurar a plena utilização da capacidade instalada da rede de serviços, propõe-se o desenvolvimento de políticas de suprimento de instrumentos e material de consumo e de conservação, manutenção e reposição dos equipamentos odontológicos, de modo a garantir condições adequadas de trabalho. É indispensável, neste aspecto, observar estritamente as normas e padrões estabelecidos pelo sistema nacional de vigilância sanitária.

4.6. Parâmetros: os parâmetros para orientar o processo de trabalho devem ser discutidos e pactuados entre as coordenações de saúde bucal (nacional e estaduais; e estaduais e municipais), com o objetivo de garantir a dignidade no trabalho para profissionais e usuários, a qualidade dos serviços prestados e observando as normas de biossegurança.

5. AÇÕES

O conceito ampliado de saúde, definido no artigo 196 da Constituição da República deve nortear a mudança progressiva dos serviços, evoluindo de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação.

Para melhor identificar os principais grupos de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde a serem desenvolvidas prioritariamente, é necessário conhecer as características do perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças de maior prevalência, como das condições sócio-econômicas da comunidade, seus hábitos e estilos de vida e suas necessidades de saúde — sentidas ou não —, aí incluídas por extensão a infra-estrutura de serviços disponíveis.

As ações de saúde bucal devem se inserir na estratégia planejada pela equipe de saúde numa inter-relação permanente com as demais ações da Unidade de Saúde.

5.1. Ações de Promoção e Proteção de Saúde — esse grupo de ações pode ser desenvolvido pelo sistema de saúde, articulado com outras instituições governamentais, empresas, associações comunitárias e com a população e seus órgãos de representação. Tais ações visam à redução de fatores de risco, que constituem ameaça à saúde das pessoas, podendo provocar-lhes incapacidades e doenças. Neste grupo situam-se, também, a identificação e difusão de informações sobre os fatores de proteção à saúde. Esse grupo compreende um elenco bastante vasto e diversificado de ações de natureza eminentemente educativo-preventivas.

A promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada, incentive a fluoretação das águas, o uso de dentifício fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. Ações de promoção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer) tais como: políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes.

A busca da autonomia dos cidadãos é outro requisito das ações de promoção de saúde. A equipe de saúde deve fazer um esforço simultâneo para aumentar a autonomia e estimular práticas de autocuidado por pacientes, famílias e comunidades. Também é recomendável trabalhar numa linha de combate a automedicação, medicalização, e dependência excessiva dos profissionais ou serviços de saúde.

As ações de proteção à saúde podem ser desenvolvidas no nível individual e /ou coletivo. Para as ações que incidem nos dois níveis, deverá garantir-se acesso a escovas e pastas fluoretadas. Além disso, os procedimentos coletivos são ações educativo-preventivas realizadas no âmbito das unidades de saúde (trabalho da equipe de saúde junto aos grupos de idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes, saúde mental, planejamento familiar e sala de espera), nos domicílios, grupos de rua, escolas,

creches, associações, clube de mães ou outros espaços sociais, oferecidos de forma contínua e compreendem:

5.1.1. Fluoretação das águas

Entende-se que o acesso à água tratada e fluoretada é fundamental para as condições de saúde da população. Assim, viabilizar políticas públicas que garantam a implantação da fluoretação das águas, ampliação do programa aos municípios com sistemas de tratamento é a forma mais abrangente e socialmente justa de acesso ao flúor. Neste sentido, desenvolver ações intersetoriais para ampliar a fluoretação das águas no Brasil é uma prioridade governamental, garantindo-se continuidade e teores adequados nos termos da lei 6.050 e normas complementares, com a criação e/ou desenvolvimento de sistemas de vigilância compatíveis. A organização de tais sistemas compete aos órgãos de gestão do SUS.

5.1.2. Educação em Saúde

Compreende ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, assim como a possibilitar ao usuário mudar hábitos apoiando-o na conquista de sua autonomia.

A atenção à saúde bucal deve considerar tanto as diferenças sociais quanto às peculiaridades culturais, ao discutir alimentação saudável, manutenção da higiene e autocuidado do corpo, considerando que a boca é órgão de absorção de nutrientes, expressão de sentimentos e defesa.

Os conteúdos de educação em saúde bucal devem ser pedagogicamente trabalhados, preferencialmente de forma integrada com as demais áreas. Poderão ser desenvolvidos na forma de debates, oficinas de saúde, vídeos, teatro, conversas em grupo, cartazes, folhetos e outros meios. Deve-se observar a lei federal nº 9394/96, que possibilita a estruturação de conteúdos educativos em saúde no âmbito das escolas, sob uma ótica local, com apoio e participação das equipes das unidades de saúde.

Estas atividades podem ser desenvolvidas pelo cirurgião-dentista (CD), técnico em higiene dental (THD), auxiliar de consultório dentário (ACD) e agente comunitário de saúde (ACS) especialmente durante as visitas domiciliares. As escolas, creches, asilos e espaços institucionais são locais preferenciais para este tipo de ação, não excluindo qualquer outro espaço onde os profissionais de saúde enquanto cuidadores possam exercer atividades que estimulem a reflexão para maior consciência sanitária e apropriação da informação necessária ao autocuidado.

Considerando a importância de que o trabalho do CD não se restrinja apenas a sua atuação no âmbito da assistência odontológica, limitando-se exclusivamente à clínica, sugere-se cautela no deslocamento freqüente deste profissional, para a execução das ações coletivas. Estas devem ser feitas, preferencialmente, pelo THD, pelo

ACD e pelo ACS. Compete ao CD planejá-las, organizá-las, supervisioná-las e avaliá-las sendo, em última instância, o responsável técnico-científico por tais ações.

5.1.3. Higiene Bucal Supervisionada

A higiene bucal é um componente fundamental da higiene corporal das pessoas. Mas realizá-la adequadamente requer aprendizado. Uma das possibilidades para esse aprendizado é o desenvolvimento de atividades de higiene bucal supervisionada (HBS), pelos serviços de saúde, nos mais diferentes espaços sociais. A HBS visa à prevenção da cárie – quando for empregado dentifrício fluoretado – e da gengivite, através do controle continuado de placa pelo paciente com supervisão profissional, adequando a higienização à motricidade do indivíduo. Recomenda-se cautela na definição de técnicas “corretas” e “erradas”, evitando-se estigmatizações. A HBS deve ser desenvolvida preferencialmente pelos profissionais auxiliares da equipe de saúde bucal. Sua finalidade é a busca da autonomia com vistas ao autocuidado.

5.1.4. Aplicação Tópica de Flúor

A aplicação tópica de flúor (ATF) visa à prevenção e controle da cárie, através da utilização de produtos fluorados (soluções para bochechos, gel-fluoretado e verniz fluoretado), em ações coletivas.

Para instituir a ATF recomenda-se levar em consideração a situação epidemiológica (risco) de diferentes grupos populacionais do local onde a ação será realizada. A utilização de ATF com abrangência universal é recomendada para populações nas quais se constate uma ou mais das seguintes situações:

- a) exposição à água de abastecimento sem flúor;
- b) exposição à água de abastecimento contendo naturalmente baixos teores de flúor (até 0,54 ppm F);
- c) exposição a flúor na água há menos de 5 anos;
- d) CPOD maior que 3 aos 12 anos de idade;
- e) menos de 30% dos indivíduos do grupo são livres de cárie aos 12 anos de idade;

5.2. Ações de Recuperação – esse grupo de ações envolve o diagnóstico e o tratamento de doenças.

O diagnóstico deve ser feito o mais precocemente possível, assim como o tratamento deve ser instituído de imediato, de modo a deter a progressão da doença e impedir o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes. Por isso, os serviços de saúde, especialmente os do nível primário da assistência, devem buscar o adequado desempenho dessas duas ações fundamentais de recuperação da saúde – diagnóstico e tratamento.

Em relação ao diagnóstico, destaca-se a inclusão nas rotinas de assistência, de métodos que aprimorem a identificação precoce das lesões (biópsias e outros exames complementares).

A identificação precoce das lesões da mucosa bucal deve ser priorizada, garantindo-se, na rede assistencial, atendimento integral em todos os pontos de atenção à saúde, para acompanhamento e encaminhamento para tratamento nos níveis de maior complexidade.

O tratamento deve priorizar procedimentos conservadores — entendidos como todos aqueles executados para manutenção dos elementos dentários — invertendo a lógica que leva à mutilação, hoje predominante nos serviços públicos.

Na lista de insumos da farmácia da Saúde da Família serão incluídos alguns insumos odontológicos estratégicos, com vistas a superar dificuldades freqüentes para sua aquisição em muitos municípios — inviabilizando muitas vezes a realização de procedimentos elementares da assistência odontológica e comprometendo a continuidade de ações coletivas (como é o caso do mercúrio, da limalha de prata, da resina fotopolimerizável, do ionômero de vidro e, também, das escovas e pastas de dentes, além de outros itens adequados à realidade local de produção de serviços odontológicos básicos).

5.3. Ações de Reabilitação

Consistem na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional.

6. AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

À atenção básica compete assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso e monitorar a evolução da reabilitação, bem como acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento. Considerando a complexidade dos problemas que demandam à rede de atenção básica e a necessidade de buscar-se continuamente formas de ampliar a oferta e qualidade dos serviços prestados, recomenda-se a organização e desenvolvimento de ações de:

6.1. Prevenção e controle do câncer bucal

a) realizar rotineiramente exames preventivos para detecção precoce do câncer bucal, garantindo-se a continuidade da atenção, em todos os níveis de

complexidade, mediante negociação e pactuação com representantes das três esferas de governo.

b) oferecer oportunidades de identificação de lesões bucais (busca ativa) seja em visitas domiciliares ou em momentos de campanhas específicas (por exemplo: vacinação de idosos);

c) acompanhar casos suspeitos e confirmados através da definição e, se necessário, criação de um serviço de referência, garantindo-se o tratamento e reabilitação.

d) estabelecer parcerias para a prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação do câncer bucal com Universidades e outras organizações.

6.2. 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.

6.3. Inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica

Deve-se considerar a possibilidade de, em cada local, inserir na atenção básica procedimentos como pulpotomias, restauração de dentes com cavidades complexas ou pequenas fraturas dentárias e a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares, bem como tratamento periodontal que não requeira procedimento cirúrgico. Tais procedimentos contribuem para aumentar o vínculo, ampliar a credibilidade e o reconhecimento do valor da existência do serviço público odontológico em cada local, aumentando-lhe o impacto e a cobertura.

6.4. Inclusão da reabilitação protética na atenção básica

Considerar em cada local a possibilidade de inserir na atenção básica procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares. Assim será possível avançar na superação do quadro atual, onde os procedimentos relativos às diferentes próteses dentárias estão inseridos nos serviços especializados e, portanto, não são acessíveis à maioria da população.

A viabilização dessas possibilidades implica suporte financeiro e técnico específico a ser proporcionado pelo Ministério da Saúde que:

a) Contribuir para a instalação de equipamentos em laboratórios de prótese dentária, de modo a contemplar as diferentes regiões;

b) capacitará Técnicos em Prótese Dentária (TPD) e Auxiliares de Prótese Dentária (APD) da rede SUS, para a implantação desses serviços.

6.5. Ampliação do acesso

Com o objetivo de superar o modelo biomédico de atenção às doenças, propõem-se duas formas de inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: 1) por linhas de cuidado; e, 2) por condição de vida. A primeira prevê o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada como saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso. Já a proposta de atenção por condição de vida compreende a saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras. Nesse sentido, ações de saúde bucal também estarão incluídas nos documentos específicos definindo as políticas para a intervenção governamental segundo as linhas de cuidado ou condição de vida.

Para os grupos a seguir destacam-se as seguintes orientações:

6.5.1. Grupo de 0 a 5 anos: organizar o ingresso de crianças deste grupo etário no sistema, no máximo a partir de 6 meses, aproveitando as campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais. Desenvolver atividades em grupo de pais e/ou responsáveis para informações, identificação e encaminhamento das crianças de alto risco ou com necessidades para atenção individual, com ampliação de procedimentos, incluindo os de ortopedia funcional dos maxilares e ortodontia preventiva. Não se recomenda criar “programas” específicos de saúde bucal para esse grupo etário, verticalizados e isolados dos demais programas de saúde. Ao contrário, é altamente recomendável que ações de saúde bucal voltadas a esse grupo sejam parte de programas integrais de saúde da criança e, assim, compartilhadas pela equipe multiprofissional.

6.5.2. Grupo de crianças e adolescentes (6-18 anos): a atenção deve ser adaptada à situação epidemiológica, identificando e encaminhando os grupos de maior risco para atenção curativa individual. Ressalta-se a necessidade de organizar fluxos para garantir o atendimento aos adolescentes.

6.5.3. Grupo de Gestantes: Considerando que a mãe tem um papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância, ações educativo-preventivas com gestantes qualificam sua saúde e tornam-se fundamentais para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança. Deve-se realizar ações coletivas e garantir o atendimento individual. Em trabalho conjunto com a equipe de saúde, a gestante, ao iniciar o pré-natal, deve ser encaminhada para uma consulta odontológica, que minimamente inclua os seguintes atos:

- a) orientação sobre possibilidade de atendimento durante a gestação;
- b) exame de tecidos moles e identificação de risco à saúde bucal;
- c) diagnóstico de lesões de cárie e necessidade de tratamento curativo;
- d) diagnóstico de gengivite ou doença periodontal crônica e necessidade de tratamento;

- e) orientações sobre hábitos alimentares (ingestão de açúcares) e higiene bucal;
- f) em nenhuma hipótese a assistência será compulsória, respeitando-se sempre à vontade da gestante, sob pena de gravíssima infração ética.

6.5.4. Grupo de adultos: os adultos, em especial os trabalhadores, têm dificuldades no acesso às unidades de saúde nos horários de trabalho convencionais destes serviços. Estas situações conduzem a um agravamento dos problemas existentes, transformando-os em urgência e motivo de falta ao trabalho, além das conseqüentes perdas dentárias. Sugere-se disponibilizar horários de atendimento compatíveis às necessidades de atenção a este grupo.

Integrar a atenção odontológica aos programas de saúde do trabalhador e segurança no trabalho, viabilizando a detecção dos riscos específicos.

6.5.5. Grupo de idosos: a saúde bucal representa um fator decisivo para a manutenção de uma boa qualidade de vida. Para garantir o acesso, o serviço pode organizar grupos de idosos(as) na unidade de saúde e instituições para desenvolver atividades de educação e prevenção. Pode igualmente garantir atendimento clínico individual do idoso(a) evitando as filas e trâmites burocráticos que dificultem o acesso, com reserva de horários e dias específicos para o atendimento. Ao planejar ações para este grupo, deve-se levar em conta as disposições legais contidas no Estatuto do Idoso.

Como elemento estratégico para ampliar o acesso à assistência, sugere-se a aplicação de tecnologias inovadoras que, a exemplo do tratamento restaurador atraumático (ART) e dos procedimentos periodontais de menor complexidade, possibilitem abordagens de maior impacto e cobertura.

7. AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

A assistência odontológica pública no Brasil tem-se restringido quase que completamente aos serviços básicos — ainda assim, com grande demanda reprimida. Os dados mais recentes indicam que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. É evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária comprometendo, em conseqüência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde. A expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica.

Com a expansão do conceito de atenção básica, e o conseqüente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fazem-se necessários, também, investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção.

Para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, o Ministério da Saúde contribuirá para a implantação e/ou melhoria de Centros de Referência de Especialidades Odontológicas (CREO).

Os CREO serão unidades de referência para as equipes de Saúde Bucal da atenção básica e, sempre integrados ao processo de planejamento loco-regional, ofertarão, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica. Entre esses procedimentos incluem-se, dentre outros, tratamentos cirúrgicos periodontais, endodontias, dentística de maior complexidade, e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção.

8. A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Fundamental à organização da atenção básica do SUS, a estratégia de Saúde da Família foi criada em 1994 e normatizada pela Norma Operacional Básica do SUS de 1996 – NOB/SUS-96, que definiu suas formas de financiamento, incluindo-a no Piso da Atenção Básica – PAB. É, pois, uma estratégia do SUS, devendo estar em consonância com seus princípios e diretrizes. O território e a população adscrita, o trabalho em equipe e a intersetorialidade constituem eixos fundamentais de sua concepção, e as visitas domiciliares, uma de suas principais estratégias, objetivando ampliar o acesso aos serviços e criar vínculos com a população. A compreensão desses aspectos é fundamental para a discussão do processo de trabalho em saúde, dos processos de gestão, de educação permanente/continuada e de avaliação de serviços.

Na estratégia de Saúde da Família, a visita domiciliar é um procedimento rotineiro, preferencialmente realizado pelo ACS. A ampliação e qualificação das ações de saúde bucal também se fazem através de organização de visitas da equipe de saúde bucal às pessoas acamadas ou com dificuldades de locomoção, visando à identificação dos riscos e propiciando o acompanhamento e tratamento necessário.

Ao apresentar, como característica, uma enorme capilaridade, a estratégia de saúde da família é socialmente sensível: suas ações colocam frente a frente profissionais e realidade. São espaços pedagógicos em que a prática é o objeto das ações e onde muitas situações falam por si, permitindo às equipes um aprendizado e uma compreensão absolutamente reais e novos, a cada vez que ocorrem. São situações onde o fazer se aproxima da realidade de vida das pessoas e possibilitando um espaço privilegiado para o trabalho com os usuários.

Nestas situações é fundamental que se tenha cuidado com as pessoas: suas condições de vida, seus valores e seus hábitos. Há uma história, peculiar, envolvendo cada situação. É fundamental ter a consciência das diferenças sociais e culturais entre profissionais do serviço e usuários. Diferenças que estão colocadas são reais e

perfeitamente sentidas pelos interlocutores, seja no atendimento que acontece na unidade de saúde, seja no momento de uma visita domiciliar.

Outro aspecto fundamental desta estratégia diz respeito ao processo de trabalho. Ao colocar para a saúde bucal a proposta de sua inserção em uma equipe multiprofissional, além de introduzir o "novo", afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos que o antecederam. Esta situação traz o desafio de se trabalhar em equipe.

Para a Saúde Bucal esta nova forma de se fazer às ações cotidianas representa, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio. Um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Vislumbra-se uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. As maiores possibilidades de ganhos situam-se nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando uma nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal.