

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

MARIO MARQUES FERNANDES

UFRGS
Escola de Administração
BIBLIOTECA
R. Washington Luiz, 855
Fone: (51) 316-3840 - Fax: (51) 316-3991
CEP 90010-460 - Porto Alegre - RS - Brasil

**GESTÃO DE RESULTADOS NA RELAÇÃO ENTRE
PROTESISTAS E PROTÉTICOS: ENFOQUE NO GANHO
QUALITATIVO PELO PACIENTE**

Porto Alegre, 2003

65. 2003/017
378/410172

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO**

Mario Marques Fernandes

**GESTÃO DE RESULTADOS NA RELAÇÃO ENTRE
PROTESISTAS E PROTÉTICOS: ENFOQUE NO GANHO
QUALITATIVO PELO PACIENTE**

Monografia, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre, 2003

DEDICATÓRIA

A meu pai
Tito Marques Fernandes
(in memoriam)

que sempre acreditou em mim e que hoje, lá de onde se encontra, decerto, há de ver os seus esforços em parte recompensados nestas páginas.

AGRADECIMENTO

A minha esposa **Claudia** pelo carinho, incentivo e força que sempre me deu.

Ao Exmo. Sr. Dr. **Roberto Bandeira Pereira** atual Procurador-Geral de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, à época Subprocurador-Geral para Assuntos Administrativos pelo apoio e pela viabilização de minha participação no curso.

A equipe da **UCAP – Unidade de Capacitação e Treinamento** da Procuradoria-Geral de Justiça do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul, coordenada pelo servidor **Kenman Corrêa Jung** que trabalhou para oportunizar minha presença no PPGA – UFRGS.

Ao colega Cirurgião Dentista Dr. **Fernando José Medeiros Fosssati**, ex-Diretor do Departamento Médico do Judiciário (DMJ) que me apresentou ao programa e estimulou a cursar o PPGA - Gestão em Saúde, o qual foi aluno em 2001/2002.

A colega Cirurgiã Dentista Dra. **Mara Rosângela de Oliveira** pela camaradagem, sincronia e seriedade no trabalho diário no Gabinete Odontológico do Serviço Biomédico da Procuradoria-Geral de Justiça do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul.

A colega Psicóloga **Larissa Brasil Ullrich** Coordenadora Substituta do Serviço Biomédico da Procuradoria-Geral de Justiça do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul, pela parceria na Coordenação, pelo apoio nos momentos importantes e por suprir minhas eventuais ausências em função do curso.

EPÍGRAFE

“O futuro pertence a aqueles que acreditam na beleza de seus sonhos”

Eleanor Roosevelt

RESUMO

O presente estudo revisa o conceito de administração do resultado enfatizando suas relações com qualidade em saúde. Caracteriza as organizações estudadas, apresenta dados sobre as profissões em odontologia e o conceito de equipe odontológica. Apresenta a gestão dos resultados como elemento de sobrevivência das clínicas e laboratórios de prótese dentária. A partir da sistematização dos problemas administrativos enfrentados no cotidiano foi realizada uma pesquisa de campo com uma amostra de sessenta cirurgiões-dentistas especialistas em prótese dental (protesistas) e sessenta técnicos de prótese dentária (protéticos) onde se procurou aplicar a metodologia da gestão do resultado. Uma elevada porcentagem (71,8%) desses profissionais, concordam totalmente ou parcialmente que é utilizada a gestão do resultado nos seus locais de trabalho. Ainda que tenhamos gerados escores significativos para os problemas encontrados, onde a concordância chegou a porcentagens próximas a 80% surpreende-nos que esteja sendo aplicada a administração do resultado nestas organizações. Deveriam ocorrer ganhos qualitativos para os pacientes, profissionais e gestores do sistema quando a administração dos resultados for aplicada eficazmente.

Palavras chave: gestão – resultado – protesistas – protéticos - qualidade

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	9
3	METODOLOGIA.....	15
4	RESULTADOS.....	16
5	CONCLUSÕES.....	23
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24
	ANEXO A – MODELO DE ENTREVISTA.....	26
	ANEXO B – MODELO DE QUESTIONÁRIO.....	28

INTRODUÇÃO

A presente monografia, se justifica pela conjunção de vários fatores: em primeiro lugar, uma melhor compreensão dos problemas de gestão encontrados em clínicas e laboratórios odontológicos. Segundo, facilitando as intervenções a serem feitas pelas equipes envolvidas, inclusive priorizando as áreas mais prementes levantadas. E por último e talvez mais importante, uma tentativa de mudança de atitude no dia a dia das organizações que atuam na área através da conscientização dos problemas. Partindo de dez anos de experiência clínica atuando em consultório dentário inicialmente como clínico geral e posteriormente como especialista em Prótese Dental (tanto em entidade privada como pública), observamos a dificuldade de lidar com a prática em questão e a ausência de protocolos de trabalho entre os envolvidos. Cabe associar a tudo isso a inexistência de suporte durante a formação acadêmica dos profissionais e técnicos e a pouca literatura disponível sobre a matéria. Constatamos ainda que a bibliografia pouco cita o Técnico de Prótese Dentária como participante da equipe de promoção de saúde bucal, sendo que de outra forma, valoriza e estimula o trabalho de outros técnicos e auxiliares da equipe. Como otimizar o ganho qualitativo do paciente através da gestão de resultados entre Protesistas e Protéticos?

Buscamos atingir ao final desta investigação os seguintes objetivos:

- Aplicar a metodologia da gestão de resultados na relação entre Protesistas e Protéticos.
- Sistematizar os problemas da relação entre os profissionais citados através da auto percepção.
- Gerar indicadores de visibilidade para os problemas identificados.
- Apontar sugestões de melhorias com base nas conclusões do trabalho

REVISÃO DE LITERATURA:

Para entendermos a situação de saúde bucal no Brasil podemos nos basear em três principais estudos epidemiológicos desenvolvidos no país durante os anos 80 e 90. O levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado no país em 1996 sob condução do Ministério da Saúde, evidencia uma notável tendência de redução de cárie dentária, quando tais dados são comparados aos produzidos nos estudos de 1986 e 1993. Recentes discussões conduzidas pela sociedade brasileira (Conferências Nacionais e Locais de Saúde e outras áreas sociais), bem como pela comunidade ligada à saúde bucal coletiva, apontam para necessidade de mudanças qualitativas no setor odontológico. Isto implica, por exemplo, no desenvolvimento de ações integradas onde todos profissionais da odontologia estejam engajados em amplas intervenções multissetoriais para promover saúde, participando no planejamento e ações coletivas ou influenciando decisões de saúde na sua própria comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986; SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA - SESI, 1993; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Quando falamos em mudanças qualitativas, temos que considerar a qualidade como um fenômeno complexo a ser definido a partir dos seguintes atributos do cuidado médico: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990). O mesmo autor definiu posteriormente a qualidade como um julgamento tanto sobre o componente técnico quanto sobre as relações interpessoais entre paciente e o profissional, naquilo que estas características têm de “goodness” (bom) (DONABEDIAN, 1991).

O esforço mais bem sucedido de classificação das abordagens possíveis para avaliação em saúde foi desenvolvido por Donabedian, que concebeu a tríade “estrutura-processo-resultados”, a partir do referencial teórico sistêmico. Para este autor, particularmente preocupado com a aferição da qualidade do cuidado médico, a “estrutura” corresponderia às características relativamente estáveis dos provedores, aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais; o “processo” corresponderia ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes; e os “resultados” seriam as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio (DONABEDIAN, 1980b).

Também poderiam ser considerados como resultados mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado (DONABEDIAN, 1992).

Os problemas e vantagens da utilização de cada uma dessas abordagens são discutidos minuciosamente por Donabedian. O autor considera ser o processo o caminho mais direto para o exame da qualidade do cuidado (DONABEDIAN, 1980b). Já os resultados possuiriam a característica de refletir os efeitos de todos os insumos do cuidado, podendo, pois, servir de indicador para a avaliação indireta de qualidade, tanto da estrutura quanto do processo (DONABEDIAN, 1992). O autor também ressalta a importância da estrutura para o desenvolvimento dos processos e seus conseqüentes resultados, na medida em que a própria função de monitoramento é parte da estrutura, além dos diversos outros aspectos organizacionais e daqueles relacionados com os recursos materiais que influenciam o processo (DONABEDIAN, 1980b).

Considerando que, isoladamente, cada uma dessas alternativas apresenta problemas e insuficiências, Donabedian conclui que a melhor estratégia para avaliação da qualidade requer a seleção de um conjunto de indicadores representativos das três abordagens.

O que a prática odontológica foi, é, e pode vir a ser, resulta de uma complexa articulação de fatores externos e internos ao processo de trabalho, destacando-se o conhecimento científico disponível em cada momento, as tecnologias, os ambientes, os instrumentos e materiais utilizados, e os recursos humanos. Embora se admita a importância de todos estes aspectos no processo de trabalho, o papel central dos recursos humanos é reconhecido universalmente. Com efeito, o recurso humano é decisivo em função de sua condição de *sujeito* do processo, constituído pela *força* (energia) e pela *capacidade* (qualificação) de trabalho, as quais conferem diferentes características a cada serviço odontológico produzido (*produto* do trabalho).

À semelhança de qualquer trabalho humano, o trabalho odontológico surgiu e se desenvolveu para satisfazer necessidades humanas. Tais necessidades são a razão de ser e dão sentido ao esforço cotidiano de milhares de profissionais em todo mundo. Ao longo dos séculos o processo de trabalho foi se tornando mais e mais complexo até atingir o estágio atual, caracterizado pela acentuada divisão técnica, produto histórico do desenvolvimento científico-técnico. Mudanças nos processos de trabalho vem determinando mudanças nos sujeitos destes processos. Durante séculos, o ambiente, as técnicas e o sujeito do trabalho odontológico preservaram algumas características essenciais: o operador isolado, ao lado da

cadeira, realizava procedimentos profissionais num ambiente clínico de aproximadamente 10 metros quadrados.

A revolução industrial criou, também no campo odontológico, as condições para a rápida transformação do processo de trabalho e do seu sujeito. Logo apareceram diferentes especialistas, dividindo tecnicamente o trabalho em sentido horizontal e também os auxiliares, direcionando verticalmente esta divisão. Dentre os auxiliares, o “protético” e o “auxiliar de consultório” foram e são ainda hoje unanimemente aceitos. Nos dias atuais, contudo, novos tipos de pessoal odontológico vêm sendo utilizados em diferentes países e também no Brasil. O fato de a prática odontológica poder se realizar para além dos limites do consultório, através por exemplo das ações coletivas em saúde bucal, têm implicado mudanças no sujeito do trabalho odontológico: o *cirurgião-dentista* (CD) trabalhando isoladamente vem cedendo lugar à *equipe de saúde bucal* (BOTAZZO, 1985; CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA - CFO, 1993).

O trabalho em equipe tem feito parte da prática de profissionais da Odontologia nas últimas décadas, levando a manutenção de boas relações e a ampliação da capacidade de negociação e planejamento conjunto, condições essenciais para ações de promoção de saúde. Da mesma forma, preparação para planejamento, avaliação e pesquisa são importantes para compreender as necessidades das pessoas, definir prioridades e monitorar o impacto das atividades (DAVIES, 1999; JONES, 1997; EWLES, 1995).

Jones (1997) identificando habilidades e práticas úteis em promoção de saúde, cita entre outros o estabelecimento de relações entre pessoas e instituições. Isto se caracteriza pelo inter-relacionamento de pessoas/agências, facilitação de ações, negociação, etc.

De acordo com O Conselho Federal de Odontologia, o Estado do Rio Grande do Sul possui hoje 10049 Cirurgiões Dentistas registrados (sendo 286 especialistas em Prótese Dentária) e 1213 Técnicos em Prótese Dentária. Para auxiliar os Protéticos, temos 92 auxiliares de prótese dentária. Cabe ressaltar o curioso número de 148 Laboratórios de Prótese Dentária registrados. Nosso Estado possui ainda 138 Técnicos em Higiene Dental e 750 Atendentes de Consultório Dentário (CFO, 1993).

O funcionamento de entidade prestadora de assistência odontológica, é regulamentada pela resolução CFO-185/93:

No artigo nº76:

“§ 1º. Entende-se como entidades prestadoras de assistência odontológica, as clínicas dentárias ou odontológicas, policlínicas ou quaisquer outras entidades, estabelecidas ou

organizadas, como firmas individuais ou sociedades, para a prestação de serviços odontológicos direta ou indiretamente.

§ 2º. Entre as entidades referidas neste artigo incluem-se:

...

h) os consultórios de propriedade de cirurgiões dentistas que empregarem ou não colegas para trabalhar, desde que:

1) anunciem-se como "clínica", "clínica dentária ou odontológica", "odontoclínica dentária ou odontológica", ou outro designativo que os identifique como organização de prestação de serviços odontológicos;

2) exista contrato individual ou coletivo registrado ou sujeito a registro na Junta Comercial;

3) sejam cadastrados no ISS como entidades referidas no § 1º deste artigo; ou,

4) mantenham qualquer tipo de convênio em grupo que os caracterizem como clínica.

i) as empresas intermediadoras e/ou contratantes de serviços odontológicos..."

Salientando ainda o artigo 79, onde diz que:

"...é obrigatória a existência, em quaisquer das entidades prestadoras de serviços, um cirurgião-dentista como responsável técnico."

No artigo 82 já se pode observar a preocupação com os recursos humanos:

"...as entidades prestadoras de serviço odontológico deverão apresentar como condições mínimas em suas instalações, as seguintes:

§ 3º. Deverão ... as entidades prestadoras de serviço odontológico possuir recursos humanos adequados e compatíveis com sua proposta de atividade e que satisfaçam às exigências das resoluções próprias do Conselho Federal de Odontologia."

Já em relação ao funcionamento de laboratórios de prótese dentária, os mesmos também são regulamentados pela resolução CFO-185/93:

Artigo 84:

"O funcionamento de laboratório de prótese dentária obriga ao registro no Conselho Federal e à inscrição no Conselho Regional em cuja jurisdição esteja estabelecido ou exerça sua atividade."

Artigo 85:

"Como laboratório de prótese dentária sujeito a registro e inscrição, entende-se:

a) qualquer entidade com designativo que a identifique como organização de prestação de serviços de prótese dentária;..."

E no artigo 86:

“Para se habilitar ao registro e à inscrição o laboratório de prótese dentária deverá:

b) ter um técnico em prótese dentária ou um cirurgião-dentista como responsável técnico.”

Isso posto, passamos então para uma revisão organizacional. Do ponto de vista do estudo das organizações, podemos caracterizar os consultórios dentários e os laboratórios de prótese dentária, como estruturas simples. Tecnicamente poderíamos compará-la ao artesanato e a produção unitária. Em relação ao estágio de empreendimento, poderíamos dizer que as estruturas simples: tem estrutura organizacional fluida, regras e procedimentos personalizados, planejamento e coordenação incipientes, poder altamente centralizado, ênfase em inovações e criatividade, estratégia de expansão de alto risco em relação ao mercado e as informações gerenciais são predominantemente informais e rudimentares. Como características do controle organizacional podemos dizer que predominam: a supervisão direta, controle personalístico, assistemático e pouco claro; sistema de recompensas paternalístico e ainda critérios de avaliação subjetivos (MINTZBERG, 1995; HALL, 1984).

Já uma análise do significado da palavra resultado nos faz alguns esclarecimentos, onde encontramos dentre outros achados: consequência, efeito, seguimento, deliberação, decisão, lucro e proveito (FERREIRA, 1996).

Segundo Beulke (1997) A gestão do resultado contribui como elemento importante na sobrevivência da organização. Com ela fica assegurada a expansão da entidade através de seu reinvestimento (do ponto de vista de modernização em novos equipamentos e instalações, em busca de melhores condições de atendimento aos pacientes). O resultado constitui a principal fonte de financiamento da empresa. podemos considerar que a adequada gestão de resultados em clínicas e laboratórios pode ocorrer de várias formas.

Apresentamos a seguir indicadores da gestão de resultados:

- a) Divisão inicial por atividade ou área de responsabilidade;
- b) Realização de determinadas atividades na própria instituição ou a sua terceirização;
- c) Uso racional de tempos e espaços;
- d) Administração dos tempos de estocagem dos materiais;
- e) Tempos de recebimento dos valores decorrentes dos serviços prestados;
- f) Sazonalidade: quedas de volume em determinadas épocas do ano;
- g) Reposição ou repasse de variações nos valores;
- h) Viabilidade dos investimentos em equipamentos e instalações;
- i) Convênio em conjunto com outras instituições;

j) Equilíbrio ou “mixagem” de valores entre os serviços realizados (BEULKE, 1997).

METODOLOGIA

Sabemos que o conceito de equipe odontológica já está bem esclarecido, incorporado nas organizações e regulamentado. Para percepção dos problemas mais relevantes entre os dois tipos de profissionais, realizaremos entrevistas semi-estruturadas com três representantes por profissão. As entrevistas servirão de guia para orientar a elaboração de um instrumento para aferição de indicadores.

Após essa etapa, nossa intenção é realizar uma pesquisa de campo para quantificar os problemas encontrados bem como para identificar a utilização da administração dos resultados nas organizações em questão. Para obtermos indicadores de relevância, questionaremos uma amostra de cada classe profissional. Originalmente pensamos em escolher cem profissionais Cirurgiões-Dentistas especialistas em Prótese Dentária (Protesistas) e cem Técnicos de Prótese Dentária (Protéticos), que exerçam suas atividades no Estado do Rio Grande do Sul, regularmente inscritos no Conselho Regional de Odontologia/RS. O material seria enviado conjuntamente com o jornal do Conselho para as categorias. Porém, por questões de tempo e prazos se optou por selecionar uma amostra de sessenta profissionais de cada área a partir da lista telefônica, ou enviando o material pelo correio para posterior remessa postal ao pesquisador ou indo coletar nos locais de trabalho.

Criamos, a partir das entrevistas, um questionário com cinco alternativas de resposta: concordância total, concordância parcial, sem opinião, discordância parcial e discordância total. Para o levantamento dos resultados, consideramos dois grandes grupos: concordantes (os quais possuem os concordantes totais e parciais) e discordantes (que são compostos dos discordantes totais, parciais e sem opinião). Ver anexos: A) modelo de entrevista e B) modelo de questionário.

RESULTADOS

Ao realizarmos o levantamento dos dados, optamos por dividi-lo em 3 partes para facilitar o trabalho. A primeira parte consiste nas cinco primeiras perguntas do questionário enfocando os recursos humanos: 1) tipo de profissional, 2) Tempo de experiência na profissão, 3) Quantos profissionais de odontologia fazem parte da equipe, 4) Quantos profissionais de outras áreas fazem parte da equipe e por último, 5) número de convênios que possui.

Obtivemos os seguintes percentuais de participação por profissionais: 24 Protesistas (33,8%) e 47 Protéticos (66,2%).

Em relação ao tempo de experiência profissional nas duas áreas, obtivemos uma participação maior de profissionais com dez anos ou mais de experiência correspondendo a 70,6% do total.

O número de profissionais da odontologia nas equipes foi significativo, sendo que 93% dos pesquisados utiliza no mínimo mais um colega da área odontológica no trabalho diário.

Já em relação ao número de profissionais de outras áreas na equipe, é maior o número de participantes que efetivamente utilizam outros profissionais em sua equipe em comparação com os que não fazem essa opção. Eles representam 52,1% da amostra.

O número de convênios credenciados foi o único dado que comparativamente, após aplicação do teste estatístico t de "Student" teve um indicador relevante em nosso trabalho. Na amostra os convênios dos protéticos obteve um $p < 0,05$ ($p = 0,029$). Cabe ressaltar que 64,8% dos profissionais não possui nenhum convênio credenciado (Fig.1 e 2).

Segundo Beulke (1997) o número de convênios é considerado um procedimento correto e adequado, na medida em que visa a ampliação dos serviços com menores valores investidos. Trata-se de um dos dez indicadores da gestão de resultados.



Figura 1: Número de convênios por tipo de profissional

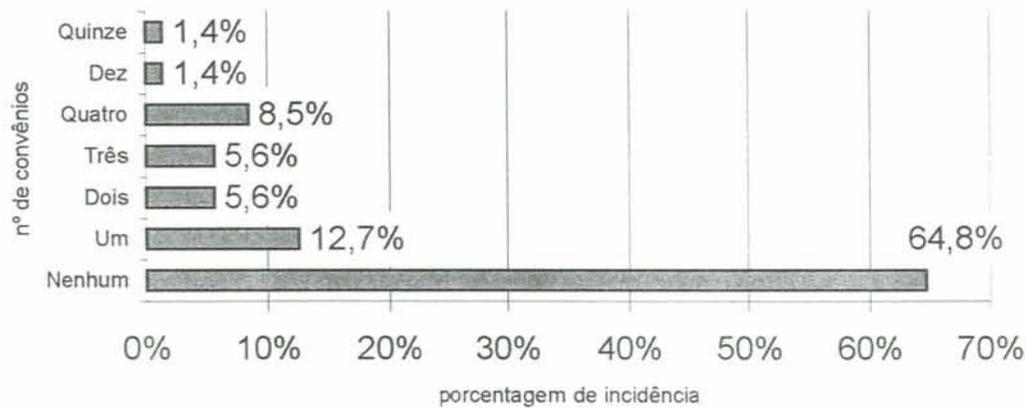


Figura 2: Número de convênios por porcentagem de incidência

Na segunda parte da tabulação dos dados, apresentamos os indicadores relativos aos problemas enfrentados no cotidiano dos profissionais (Fig 3,4 e 5):

Em todos os problemas sistematizados encontramos uma significativa concordância seja total ou parcial. Após a aplicação do teste estatístico t de "Student" não encontramos nenhum indicador com alteração ($p < 0,05$). As duas principais porcentagens ficaram com escores semelhantes (84,5%) no que diz respeito aos problemas de comunicação e de grande demanda para se conseguir retorno.

Problemas do Cotidiano dos Protéticos

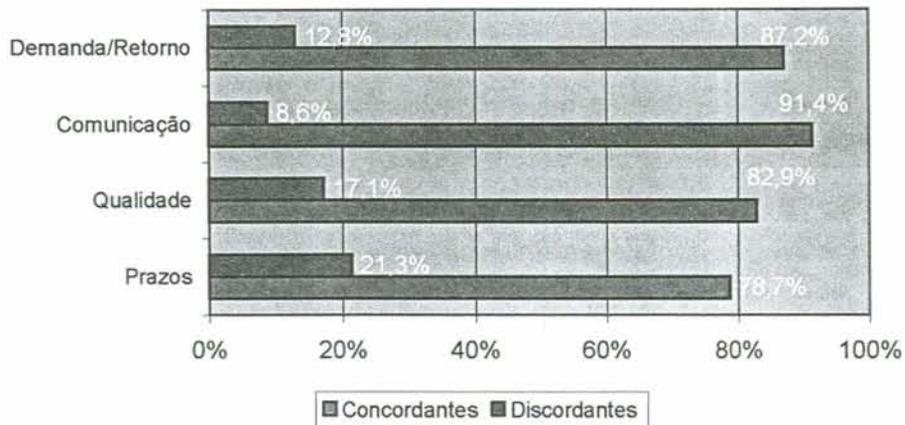


Figura 3: Comparação entre concordantes com discordantes dos problemas do cotidiano dos Protéticos

Problemas no Cotidiano dos Protesistas

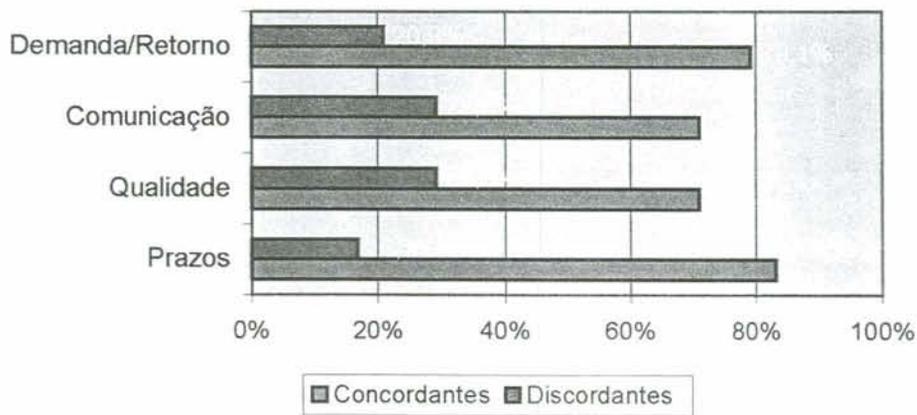


Figura 4: Comparação entre concordantes com discordantes dos problemas do cotidiano dos Protesistas

Frequência dos problemas enfrentados no dia-a-dia pelos Protesistas e Protéticos

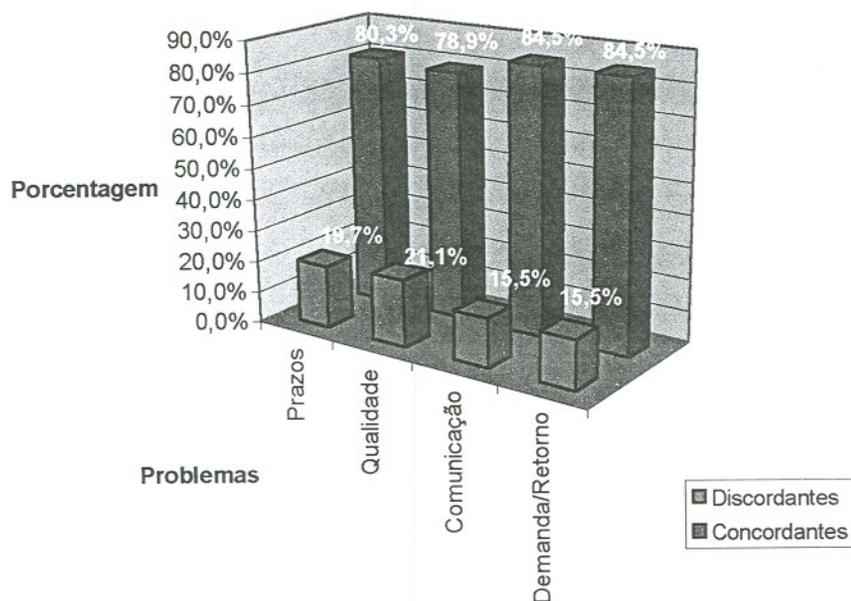


Figura 5: Comparação de concordantes e de discordantes dos problemas.

Entendemos que esse último está diretamente relacionado com os preços praticados no mercado, a das dificuldades administrativas desta variável.

Por fim, apresentaremos os resultados dos indicadores do uso ou prática da gestão de resultados. Inicialmente apresentaremos o índice obtido nas duas categorias no que diz respeito a aplicação dos indicadores como um todo (Fig.6).

Aplicação da Gestão de Resultados entre Protesistas e Protéticos

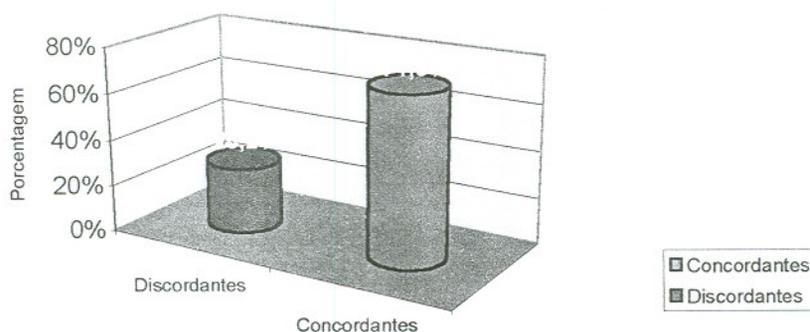


Figura 6: Utilização da gestão do resultado.

Abaixo (Fig.7), mostramos apenas oito indicadores dos dez propostos na revisão de bibliografia, sendo que discutiremos adiante o indicador “mixagem de valores” e já discutimos os dados do indicador “convênios”.

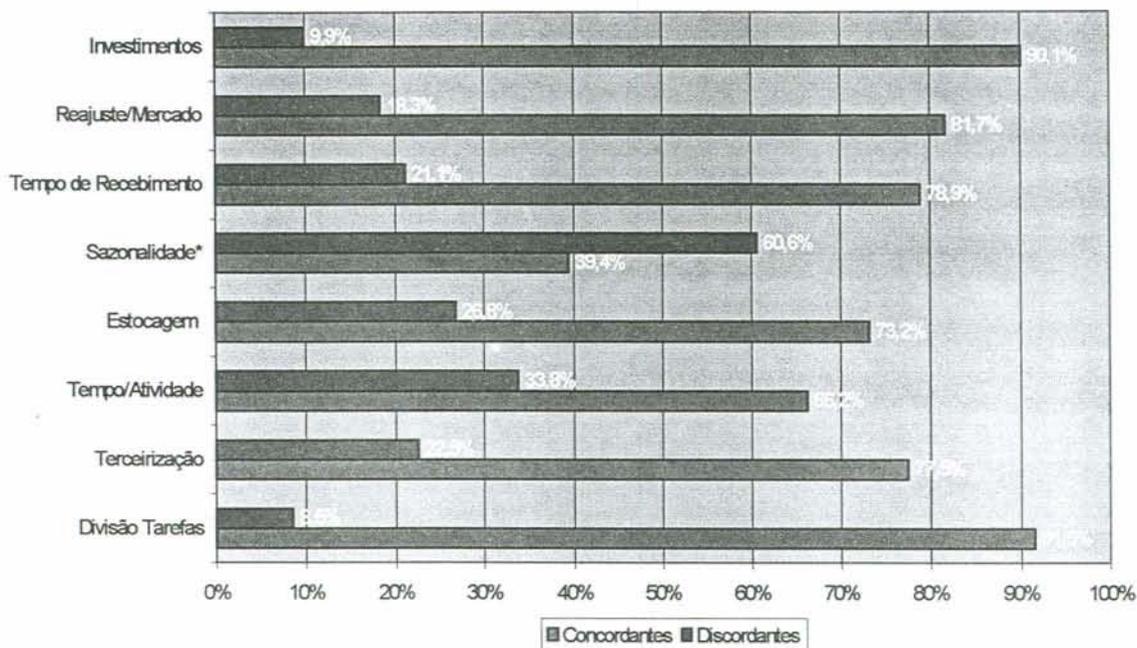


Figura 7: Porcentagem de concordância ou discordância segundo oito indicadores da gestão do resultado.

O número de pesquisados que dividem as tarefas diárias por atividade ou área, representam 91,5%. Botazzo (1985) considera o papel dos recursos humanos decisivo pelas diferentes características a cada serviço odontológico produzido (produto do trabalho). Beulke (1997) cita essa identificação do trabalho por áreas como um fator importante para planejamento, controle e racionalização de custos.

Já em relação a terceirização, o autor considera que a não realização de determinadas atividades dentro da organização é uma alternativa na questão de racionalização de custos. Para utilização desse caminho deve-se conhecer o custo deste trabalho para posterior análise da viabilização do encaminhamento para fora da clínica ou laboratório. Na nossa pesquisa, 77,5% dos entrevistados utilizam essa alternativa.

O mesmo autor considera o uso racional de tempos e espaços outra forma de gestão eficaz, na medida em que muitas instituições de saúde se caracterizam por uma grande multiplicidade de serviços. Um adequado balanceamento e otimização das variáveis tempo e espaço passam a ser muito importantes na formação do resultado. Na amostra 66,2% dos entrevistados concordaram com a utilização do indicador.

O mesmo raciocínio é válido para a estocagem sendo que a manutenção de níveis de estocagem compatível com a dimensão das atividades é essencial. Obtivemos um escore de 73,2% de pesquisados que concordaram parcial ou totalmente.

O indicador sazonalidade, foi o único indicador que obteve percentual de discordância e ausência de opiniões maior que o de concordância (60,6% do total). Nas quedas de volume em determinadas épocas do ano (meses de verão, por exemplo), podem ser pensados serviços e preços alternativos ou adicionais na gestão do custo.

É igualmente importante a administração dos tempos de recebimento de valores decorrentes de serviços prestados. Beulke considera que a ocorrência de prazos para o recebimento desses valores incorre em custos financeiros que devem ser adequadamente administrados com vistas ao resultado. Em nosso trabalho 78,9% dos participantes concordaram.

Reajustes provenientes do aumento de materiais devem ser permanentemente monitorados, sendo que devem ser repassadas variações ocorridas nesses valores para o valor final. Na pesquisa, a concordância com esta variável foi de 81,7%.

Como último indicador deste grupo, temos os investimentos em equipamentos e instalações. Não podemos esquecer segundo a bibliografia que uma análise da viabilidade econômico-financeira destes investimentos é um indicativo de eficácia na gestão. Embora os princípios que norteiam esses investimentos estejam normalmente localizados em outra esfera, uma correta interpretação entre custos incorridos e número de procedimentos necessários constitui sempre uma medida recomendável sob a ótica do resultado. Observou-se no decorrer do tempo a existência em muitas organizações de investimentos norteados por outros fatores absolutamente inviáveis, com sensíveis prejuízos para elas. A boa canalização dos recursos para investimentos com reais possibilidades de retorno constitui uma ferramenta eficaz na gestão dos custos e resultados. Na pesquisa de campo, o número de participantes concordantes ficou em 90,1%.

Ao serem questionados sobre a utilização do cálculo exato do valor final dos trabalhos obtivemos um valor de 64,8% de profissionais que praticam esse cálculo. Associado a isso e também relevante, está a forma como as organizações realizam esse trabalho matemático, pois 42,3% admitem discordar do uso da informática para essa tarefa. Mostramos um gráfico específico para esse caso (Fig.8).

Entendemos que ainda teríamos um indicador que trata de “mixar” os valores recebidos por serviços idênticos de diferentes canais ou fontes de recebimentos. Esta variável é talvez o desafio mais complexo da gestão do resultado. No caso de tratarmos de clínicas e laboratórios odontológicos, teríamos para isso a necessidade do cálculo exato do valor final dos trabalhos. Nossa pesquisa optou por questionar os profissionais diretamente sobre o valor preciso dos trabalhos sem especificar o questão da composição ou mixagem proposta originalmente no indicador.

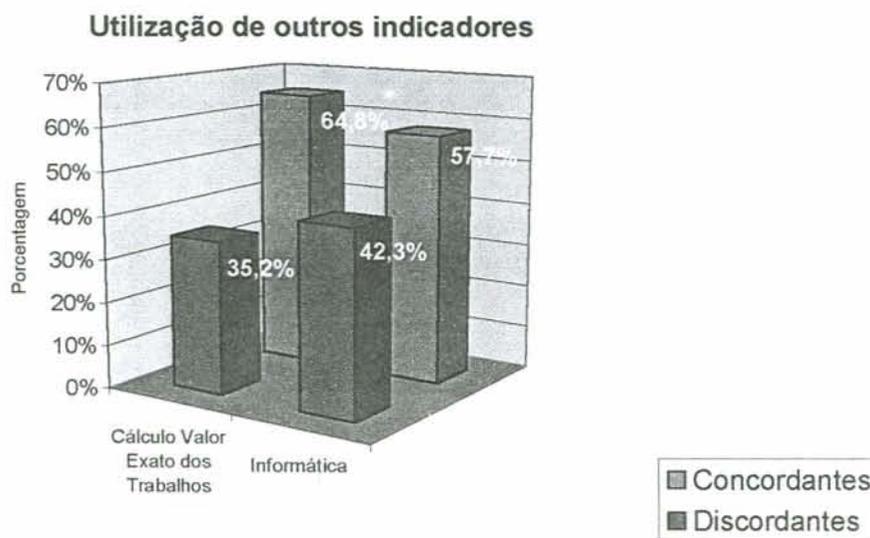


Figura 8: Comparação do uso da informática e da prática do cálculo dos valores entre as profissões

CONCLUSÕES

Ao relacionar o referencial teórico sistêmico e sua tríade "estrutura-processo-resultados" para aferição da qualidade em saúde com a gestão do resultado, teremos após análise uma dinâmica cíclica pela retro alimentação do sistema. No trabalho de campo realizado, 71,8% dos pesquisados admitiram utilizar as práticas de aplicação dos indicadores de resultado. Esse dado não encontra suporte nos estudos de avaliação da qualidade, e de reinvestimento. Todos os participantes do sistema: profissionais, gestores e pacientes teriam um incremento de qualidade quando a gestão de resultados for eficaz nas duas organizações internamente, e externamente, na sua relação com a outra. (DONABEDIAN, 1980b; BEULKE, 1997).

Ainda que tenhamos gerados escores importantes para os problemas encontrados, onde a concordância chegou a porcentagens próximas a 80% surpreende-se que esteja sendo aplicada a administração do resultado nestas organizações. Isso pode ser atribuído aos critérios de avaliação normalmente subjetivos utilizados pelos administradores das estruturas simples e pelo poder altamente centralizado (MINTZBERG, 1995).

O elevado índice de 93% dos pesquisados utilizar no mínimo mais um colega da área odontológica no trabalho diário, suporta os estudos sobre o conceito de equipe de saúde bucal (BOTAZZO, 1985).

Mais da metade dos participantes do trabalho (52,1%) possuem profissionais de outras áreas na equipe, o que vem ao encontro dos trabalhos que mostram a importância dos recursos humanos na saúde (JONES, 1997).

Considerando as observações e os estudos sobre informatização das organizações diminuindo problemas de composição do valor dos trabalhos e de comunicação apontadas, o número de concordantes (57,7%) com a prática de utilização de computadores nos locais é próximo ao de discordantes e sem opinião (42,3%) neste ponto da pesquisa. Ainda assim fundamentando os achados de Beulke (1997, p.18).

BIBLIOGRAFIA

BEULKE, Rolando. **Gestão de custos e resultado na saúde: hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres**. São Paulo: Saraiva, 1997. 192 p.

BOTAZZO, Carlos. Recursos humanos em saúde bucal: os dentistas "práticos". Grupo e Assessoria PLE-SP: **Reuniões técnicas**. São Paulo, abr.1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. "**Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986**", Divisão Nacional de Saúde Bucal & Fundação Serviços de Saúde Pública. 1986. Série C, Estudos e Projetos, 4.

BRASIL. Ministério da Saúde. "**Levantamento epidemiológico em saúde bucal – cárie dental - 1996**". COSAB/MS, <http://www.datasus.gov.br/>.1996.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). Decisão 26/84, de 24/10/1984. Resolução 157/87, de 31/07/1987. **Resolução 185/93**, de 26/04/1993.

DAVIES, J.K. E MACDONALD,G. **Quality, evidence and effectiveness in health promotion**. London: Routledge,1999.

DONABEDIAN, A. The definition of quality: A conceptual exploration. In: Explorations in quality Assessment and Monitoring. **Health Administration Press**, Ann Arbor, Michigan, vol.I, p.1-31, 1980a.

_____. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Explorations in Quality Assessment and Monitoring. **Health Administration Press**, Ann Arbor, Michigan, vol I, p. 77-125, 1980b.

_____. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine**, n.114, p.1115-1118. 1990.

_____. Striving for Quality in Health Care. No Inquiry into Policy and Practice. **Health Administration Press**. Ann Arbor, Michigan,1991.

_____. The role of outcomes in quality, assessment and assurance. **Quality Review Bulletin**, n.18, p.356-360, 1992.

EWLES, L.; SIMNETT, I. Promoting health: a practical guide. **Scutari Press**, London, 1995.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio Eletrônico V. 2.0**. Edição Carlos Augusto Lacerda e Paulo Geiger, Junho de 1996. 1 CD-ROM.

HALL, Richard. **Organizações: estrutura e processos**. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1984.

JONES, L. "Building competence in health promotion" In KATZ, J. AND PEBERDY, A. **Promoting health: Knowledge and Practice**. London: The Open University. 1997.

MINTZBERG, Henry. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 1995.

SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA - SESI. "Estudo epidemiológico sobre prevalência da cárie dental em crianças de 3 a 14 anos" SESI/DN.1993.

ANEXO A – MODELO DE ENTREVISTA

Gestão de resultados na relação entre Protesistas e Protéticos: ênfase no ganho qualitativo pelo paciente.

Identificação (Perguntas):

1. Nome:
2. CRO:
3. Tempo de profissão:
4. Nome do Laboratório/Clínica:
5. Número de Protesistas/Protéticos:
6. Número de outros profissionais:
7. A Clínica ou Laboratório possui registro no CRO? S: __ N: __

Caracterização do processo de trabalho (Perguntas):

1. Descreva sua rotina de trabalho para uma **prótese fixa** (do início ao final de um trabalho).
2. Descreva sua rotina de trabalho para uma **prótese removível** (do início ao final de um trabalho).
3. Quais os principais problemas enfrentados no dia-a-dia?
4. Como vc os resolve?
5. Como vc acha seria a melhor maneira de resolve-los?

Percepção do uso de indicadores da Gestão de resultados (Perguntas):

1. O Laboratório de Prótese ou Clínica Prótese (LP ou CP) divide as tarefas por atividade ou área de responsabilidade? Por quê (PQ)?
2. O LP ou CP realiza as atividades na própria organização ou terceiriza? PQ?

3. O tempo para cada atividade é calculado? Isso é levado em conta? PQ?
4. O LP ou CP faz estocagem para seus materiais? É calculado o ganho no tempo de estocagem dos materiais utilizados?
5. Como é estipulado o tempo de recebimento dos valores decorrente dos trabalhos? PQ?
6. O preço varia de acordo com a época do ano (Sazonalidade)? PQ?
7. Com que frequência são repassado os valores dos trabalhos? Qual foi a data do último reajuste?
8. Que critérios são utilizados para investimentos em equipamentos e instalações? PQ?
9. Possui algum convênio? Qual(is)?
10. Como é calculado o valor final de cada trabalho? O que compõe o cálculo?

Perspectivas de futuro(Perguntas):

1. Como vc vê seu Laboratório/Clínica a longo prazo?
2. Qual(is) as possibilidades futuras da profissão(Técnico de Prótese Dentária/ Protesista)?
3. Como vc vê o futuro da relação entre Técnico de Prótese Dentária e Protesista?

ANEXO B – MODELO DE QUESTIONÁRIO

Porto Alegre, 28 de Fevereiro de 2003

Estimados Protesistas e Protéticos:

Venho por meio deste apresentar um instrumento objetivando a aferição das características de trabalho da equipe odontológica. Trata-se de um Projeto de Pesquisa desenvolvido junto ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Escola de Administração da UFRGS, intitulado:

Gestão de resultados na relação entre Protesistas e Protéticos: enfoque no ganho qualitativo pelo paciente.

Orientador:

Professor Doutor Ronaldo Bordin - PPGA/UFRGS

Pesquisador:

Mário Marques Fernandes - Aluno PPGA/UFRGS - Gestão em Saúde.

Seu anonimato está garantido, todos os dados serão analisados coletivamente. Após assinalada sua opinião, coloque o questionário no envelope anexo e poste em qualquer ponto de coleta. Favor postar preferentemente em data anterior a 21/03/2003. Sua colaboração é importante! Contamos com você!

1. Qual sua profissão?

() A. Protesista

Cirurgião-Dentista com pós-graduação em Prótese Dentária:

() Doutorado

() Mestrado

() Especialização

() Docente em Prótese Dentária

() B. Protético

Técnico em Prótese Dentária

2. Quanto tempo você tem de experiência na profissão (se possuir ambas formações, considerar a que mais exerce atualmente)?

Resposta: _____

3. Quantos profissionais de odontologia fazem parte de sua equipe além de você (favor considerar somente os seguintes: CD, TPD, THD, ACD e APD)? Resposta: _____

4. Quantos profissionais de outras áreas fazem parte de sua equipe?

Resposta: _____

5. Quantos convênios odontológicos você possui?

Resposta: _____

As questões abaixo, são questões levantadas sobre os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho com repercussões para o

paciente. Você deve analisar a afirmativa e marcar a alternativa que melhor reflete seu cotidiano profissional. Para tal utilize a convenção abaixo:

CT - Concordo Totalmente, CP - Concordo Parcialmente, SO - Sem Opinião/Indiferente, DP - Discordo Parcialmente e DT - Discordo Totalmente.

São considerados problemas a serem administrados no cotidiano:	CT	CP	SO	DP	DT
O não cumprimento de prazos (pelos Protesistas e Protéticos).					
A qualidade do trabalho (dos Protesistas e Protéticos) independente da fase de confecção.					
A falta de comunicação (direta ou indireta).					
A grande demanda (ou volume) de trabalho necessária para se ter retorno sem baixar preço nem perder qualidade.					

O quadro abaixo, é relativo a gestão de resultados. Você deve analisar a frase e marcar uma alternativa:

Os CD e TPD praticam ou utilizam nas suas organizações (clínicas/consultórios/laboratórios):	CT	CP	SO	DP	DT
A gestão de resultados no gerenciamento de clínicas/consultórios/laboratórios.					
A divisão de tarefas por atividade ou área.					
A terceirização de atividades ou áreas.					
Cálculo do tempo para cada atividade.					
A estocagem de materiais.					
A sazonalidade como fator de alteração de valores.					
A administração do tempo de recebimento de valores dos trabalhos.					
Reajustes e repasses vinculados aos valores de mercado.					
Investimentos em equipamentos e instalações, sempre quando estes influenciam no trabalho final.					
O cálculo <u>exato</u> do valor final dos trabalhos na tabela de honorários profissionais.					
A informática para os cálculos dos valores finais dos trabalhos.					

Obrigado pela colaboração!