

Título:**PAPEL DO DISTRITO SANITÁRIO E DO CIRURGIÃO-DENTISTA DISTRITAL NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Autoras: **Dais Gonçalves Rocha** (Professora adjunta, Faculdade de Odontologia – UFG); **Roberta Neri de Melo** (Acadêmica, Faculdade de Odontologia - UFG); **Ana Cláudia da Rocha Bueno** (Acadêmica, Faculdade de Odontologia - UFG); **Sarah Vieira Brasileiro** (Acadêmica, Faculdade de Odontologia - UFG); **Marília Chaves Galvão** (Acadêmica, Faculdade de Odontologia –UFG); **Vânia Cristina Marcelo** (Professora Doutora, Faculdade de Odontologia –UFG)

1.INTRODUÇÃO

A idéia de Distrito Sanitário (DS) assenta-se firmemente sobre os dois princípios organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS): regionalização e descentralização. O princípio da regionalização, nas grandes cidades, estabelece sua operacionalização a partir de uma lógica organizativa centrada nos distritos sanitários. O distrito sanitário incorpora uma dimensão técnica que exige a utilização de conhecimentos e tecnologias para sua implantação, as quais devem estar em consonância com as posturas políticas e ideológicas nas quais se apóia. A descentralização é entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis de governo (CORDEIRO, 2001), partindo do princípio de que a realidade local é o determinante principal para o estabelecimento de políticas de saúde. Dessa forma, a estratégia fundamental do processo de descentralização é a municipalização da assistência à saúde. O cirurgião-dentista (CD), quando na função de gerente, é um instrumento importante para se alcançar a consolidação do processo de trabalho em nível local, a redefinição de áreas de atuação e a melhoria da produtividade e qualidade na prestação de serviços de Saúde na lógica das práticas multiprofissionais. Para isso o gerente tem de atuar em três campos: político-estratégico, o administrativo e o técnico (MOROZOWSKI FILHO et al., 2002). Diante do exposto, o presente trabalho se propõe a analisar o desempenho dos DS através do estudo dos DS's Leste, Noroeste, Central, Sul e Norte e dos CD's distritais junto à SMS da cidade de Goiânia.

2.METODOLOGIA

A metodologia aplicada no estudo nos diferentes distritos baseou-se em revisão de literatura, buscas eletrônicas, realização de seminários sobre o assunto, entrevistas com os CD's distritais e com funcionários das Unidades de Saúde dos Distritos, coleta de dados nos Distritos e na SMS, análise documental e observação sistemática em visitas aos Distritos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O DS vem a ser o representante local da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) adequando a macro política definida pelo município à realidade local de cada Distrito. Essa idéia se embasa na lógica de que se a decisão for tomada mais perto do local onde os problemas acontecem, mais chance haverá de acerto e de democratização do sistema de saúde. Consequentemente, acaba sendo também o elo entre a comunidade local e o nível central buscando sempre a resolução dos problemas identificados de maneira mais específica.

DS CENTRAL—Na opinião da CD distrital, o distrito promove uma diminuição da “distância” entre o Nível Local e o Nível Central, facilitando a supervisão dos

profissionais de saúde, o controle dos gastos e também agilizando a atenção às necessidades dos Níveis Locais. Observou-se que, dentre os diversos papéis nos quais o CD distrital deve atuar, a CD do Distrito Sanitário Central, atua preponderantemente no campo administrativo em detrimento dos campos técnico e político-estratégico, sendo que motivo disso não pôde ser identificado com os dados disponíveis. Uma análise mais aprofundada da atuação do Distrito Sanitário Central junto à SMS também não foi possível devido ausência de dados suficientes, explicitando, somente, sua ação administrativa no controle do fluxo de materiais odontológicos no almoxarifado das Unidades de Saúde.

DS LESTE—No Distrito Sanitário Leste os dados relataram que o Nível Local faz a comunicação com o Nível Central e, segundo a CD distrital, isso é feito de acordo com a observância de necessidade, como por exemplo no caso de alguma intercorrência mais grave de algum CD das Unidades de Saúde do DS. A CD distrital relatou o contato mais constante com o Nível Central ocorre através do envio dos mapas de produtividade das Unidades de Saúde (consolidado) para a SMS. Mais uma vez, a partir dos dados coletados, identifica-se a atuação do CD distrital no âmbito administrativo sobrepondo-se aos demais.

DS NOROESTE--Observou-se no Distrito Sanitário Noroeste foi, que em relação a saúde bucal, o aspecto administrativo é preponderante, onde problemas como falta de materiais e equipamentos estragados, além de “conflitos de relacionamento” dos CD's das Unidades de Saúde, tomam a maior parte do tempo da CD distrital. A relação com o Nível Central pôde ser observado somente através do envio de mapas de produtividade das Unidades de Saúde (consolidado) à SMS.

DS SUL-SUDESTE—A partir da análise dos dados do Distrito Sanitário Sul-Sudeste observou-se uma atuação mais coesa e efetiva da CD distrital nos três campos em relação aos demais Distritos. Observou-se que, no campo administrativo, a CD provê condições que viabilizam a operacionalização do trabalho no seu Distrito. Já sua postura frente a identificação e priorização de ações assistenciais de maiores impactos para a população local, especialmente nas ações do Programa da Saúde da Família, justificou sua atuação no campo técnico. A CD distrital, atuando no campo político-estratégico, busca adequando o que é proposto pela SMS à realidade local, além de participar dos processos de diagnóstico, programação, execução e avaliação, exercendo, assim, uma administração estratégica local. Contudo no que diz respeito ao desempenho do Distrito junto à SMS, a análise dos dados disponíveis, determinou essa relação somente através das ações da CD distrital no desempenho de suas funções de maneira mais equilibrada nos campos administrativo, técnico e político-estratégico.

DS NORTE—No Distrito Sanitário Norte existem dados que mostram que a CD distrital busca a atuação nos campos: administrativo, na promoção de condições de trabalho; técnico, priorizando as ações do PSF; e político-estratégico, buscando parcerias com a comunidade local para adequar as políticas definidas para o setor. Em relação ao contato do Distrito com o Nível Central observou-se que é realizado basicamente através do envio do consolidado (mapa de produção mensal das Unidades de Saúde) para a SMS e da adaptação de ações de planejamento, que vêm do Nível Central, para a realidade local.

O processo de gestão em saúde requer sistemas de informação que alimentem os gestores de forma oportuna e permanente, com dados corretos sobre as condições de saúde e doença no âmbito do território de atuação, condições de vida e

ambientais, condições de atuação do sistema e dos serviços de saúde, suas formas de funcionamento e grau de comprimento dos objetivos. Assim, os gestores poderão tomar decisões, bem como implantar ações na realidade local e regional de seus serviços e das necessidades de sua população.

4. CONCLUSÃO

O papel que deveria ser desenvolvido pelos Distritos junto à SMS é bastante deficitário em todos os Distritos analisados, excetuando-se os Distritos Sanitários Sul-Sudeste e Norte, onde pôde ser observado desempenhos satisfatórios, contudo ainda longe do ideal. O Distrito possui um certo nível de autonomia decisória e um perfil flexível para exercitar os momentos da administração estratégica local. Porém isto ainda não é explorado em todo seu âmbito nos Distritos Sanitários analisados, visto que o processo de transição da antiga política (centralizadora) para esta política atual (descentralizadora) requer tempo para sua consolidação. Esta autonomia requer responsabilidades pelo atos e conseqüências dos mesmos, o que talvez dificulte, ainda mais, este processo de transição. Considerando que o gerente tem que atuar no campo administrativo, técnico e político estratégico (MOROZOWSKI FILHO et al., 2002), o que observou-se nos Distritos foi que em relação a saúde bucal, o aspecto administrativo é preponderante em todos, com exceção dos Distritos Sanitários Sul-Sudeste e Norte, no qual observou-se uma atuação mais efetiva nos demais campos. A deficiência de atuação nos campos político-estratégico e técnico pode ser justificada pela falta de uma formação dos profissionais mais voltada para esses campos, o que poderia ser minimizada pela disponibilização de cursos de capacitação pela SMS.

5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CORTES SMV. Conselhos municipais de saúde: a possibilidade de os usuários participarem e os determinantes da participação. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 3, n.1, p. 5-17, 1998.

CORDEIRO H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 6, n.2, p. 319-28, 2001.

GEVAERD S. A saúde bucal na vigilância à saúde no distrito sanitário. In OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). *A vigilância à saúde no distrito sanitário. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde*, OPAS, Brasília, p. 63-70, 1993.

MOROZOWSKI FILHO et al. Gestão Local em Saúde Bucal. In: SILVEIRA FILHO AS et al. *Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis*. Rio de Janeiro, CEBES, p. 97-107, 2002. ROMANO CS. O processo de municipalização da saúde no Brasil: considerações sobre uma política gradualista. In: CAMPOS FE et al _*Cadernos de Saúde I*. Belo Horizonte: Coopmed, p. 1-9, 1998.

RONCALLI AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA et al _ *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. p. 28-49. Porto Alegre. Artmed, 2003.