

Curso de Clínica Ampliada de Odonto-estomatologia para Cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde – SUS: monitoramento de resultados após um ano

Luiz Vicente Souza Martino¹
Carlos Botazzo²

Introdução

Monitoramento e avaliação não são procedimentos cotidianos no Sistema Único de Saúde, genericamente falando, salvo elogiosas exceções. Tanto é que para aqueles que se propõem a eles sobram dificuldades e é escassa a bibliografia sobre o assunto. Contudo, nota-se que este panorama dá sinais de mudanças, já que os próprios gestores muitas vezes mostram-se desanimados com modificações de estratégias e programas que mal saíram do papel e são substituídos por outros sem passar por qualquer avaliação que explicasse, ao menos em parte, tais alterações. É comum hoje em dia serem previstos monitoramentos e/ou avaliações para projetos de qualquer natureza.

Há diferenças entre estes dois conceitos pelos quais o texto foi iniciado. Monitoramento é o acompanhamento de rotina de informação prioritária sobre o programa e seus efeitos esperados e avaliação é uma coleta rigorosa de informações sobre as atividades, as características e os resultados de um programa é que determinam seu mérito ou valor. Para o desenvolvimento da proposta deste trabalho, qual seja a obtenção de respostas de como estariam os profissionais após o período de um ano do término do curso de clínica ampliada de odonto-estomatologia para cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde – SUS, escolheu-se o monitoramento de resultados, pelas circunstâncias que cercaram o curso, visto que o mesmo emergiu de maneira que não foi possível o estabelecimento de parâmetros de comparação objetivamente levantados, mas de forma subjetiva pelos pesquisadores do Observatório de Saúde Bucal Coletiva e os cirurgiões-dentistas trabalhadores do SUS da região de Osasco.

Por quê um Curso de Capacitação para Cirurgiões-dentistas do SUS?

A organização da atenção odontológica no setor público teve grande desenvolvimento a partir da constituição do SUS. Equipes de saúde bucal se formaram, houve importante incremento na formação e incorpo-

ração de pessoal auxiliar e novas tecnologias coletivas de cuidado foram implementadas, com impacto considerável na experiência da cárie e outras doenças dentárias, sobretudo até os 12 anos de idade. A assistência odontológica, todavia, se manteve próxima dos patamares anteriores ao SUS. Isto significa que o atendimento ao paciente adulto, expressão da universalidade, continuou sendo apenas uma referência nos programas. Além disto, se pensamos a integralidade do cuidado, notaremos que os programas procedem de modo bastante fragmentado e que o acesso da população adulta à consulta odontológica não passa de escassos 10%, na maioria das vezes como pronto-atendimento.

Faltam aos programas adotados no nível local:

- I. inovar quanto ao acesso e à cobertura;
- II. incorporar a assistência odontológica ao conjunto da população SUS;
- III. realizar diagnóstico em saúde bucal como rotina;
- IV. estabelecer protocolos de referência e contra-referência;
- V. inovar a clínica odontológica, propondo sistêmicas de atendimento adequado ao SUS.

Alguns pontos puderam ser apreendidos de informações coligidas pelo Comitê de Saúde Bucal da antiga DIR V, confirmados pela observação em campo e também por meio de numerosas atividades com gestores e equipes de saúde bucal, além da literatura especializada, sendo, em sua generalidade, significativas da realidade sanitária regional. Há dificuldades de toda ordem, nem sempre devidas ao desinteresse do gestor, tais como:

- A consulta odontológica completa (anamnese, exame físico, hipótese diagnóstica, exames complementares, diagnóstico, prognóstico, terapêutica) não é rotina nas unidades. Contraditoriamente, o CFO instituiu como especialidade odontológica o “diagnóstico bucal”, significando que fazer diagnóstico é atividade altamente especializada de alguns profissionais que teriam recebido formação compatível com este passo basilar da clínica. Quer dizer, não é feito o diagnóstico bucal na rotina da consulta, nem mesmo se pôde definir, com clareza, o que vem a constituir tal procedimento, o que coloca o cirurgião-dentista na condição ímpar de intervir sem antes diagnosticar.

¹ Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva e Pesquisador Científico do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: lvsmartino@ig.com.br.

² Doutor em Saúde Coletiva e Pesquisador Científico do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: botazzo@isaude.sp.gov.br

- Os programas de saúde bucal mantiveram, com ligeiras alterações, o recorte puericultor da saúde pública e a criança institucionalizada como foco prioritário dos serviços. O mote para esta definição pré Reforma Sanitária entendia que o acúmulo de doenças bucais seria resolvido com a produção de crianças hígdas, e assim, passados alguns anos, formaríamos um estoque de adultos saudáveis. Este raciocínio, infelizmente conservado durante a Reforma Sanitária e até o presente, revelou-se equivocado.
- Acumulam-se evidências de que a população adulta apresenta carga de doenças bucais incompatível com o desenvolvimento tecnológico da Odontologia, em grande parte de natureza crônica ou degenerativa, ou mutilações, simplesmente necessitando intervenções cirúrgicas e procedimentos reabilitadores em grande escala. Além disto, a cárie dentária se afigura, cada vez mais, como doença típica da infância e da adolescência, restando compreender melhor o processo do adocimento bucal em adultos. São poucos os serviços que atendem transtornos em ortopedia e trauma, cirurgias de médio e grande porte demandam verdadeiras maratonas dos necessitados, não há protocolos rotinizados quanto ao câncer de boca, pacientes sindrômicos ficam à míngua de atendimento adequado, a interconsulta não é senão mero desejo de alguns profissionais.
- A graduação odontológica mantém estruturalmente uma grade curricular que data de mais de 100 anos. A ênfase é o treinamento da habilidade manual do aluno, sem a qual - afirmam - não se produz um dentista digno deste nome. Decorrentemente, a formação ocorre na bancada do laboratório, as disciplinas sendo ministradas de modo desarticulado entre si; as atividades clínicas são, em sua maioria, de natureza ambulatorial; grande parte da carga horária é dedicada ao trabalho de prótese e à natureza dos materiais de uso odontológico; ideologicamente, insiste-se, ainda hoje, no privatismo da profissão; finalmente, a unidade anatômica a ser considerada é a peça dentária, em tudo desarticulada da própria boca quando não do próprio paciente.
- A raridade clínica deste arranjo torna crítico o exercício da prática odontológica no setor público. Não é de espantar, portanto, que os entraves à extensão da cobertura apareçam imediatamente como baixa competência de diagnóstico e terapêutica. Esta fragilidade torna-se mais notável quando as equipes de saúde bucal nos sistemas locais buscam alternativas a este estado de coisas. Na organização do atendimento aos pacientes especiais, aos crônicos e sindrômicos, dentre outros, são logo percebidos

limites ao exercício ampliado da clínica odontológica.

- A despeito de que os profissionais venham buscando, às vezes por sua conta, ampliar a base teórica para a clínica que desejam praticar, ressentem de maior preparo em diagnose e terapêutica, de diálogo com outras especialidades médicas, de registro adequado no sistema de informação SUS, de entrada e utilização dos centros cirúrgicos e nos mecanismos de internação de pacientes etc.

A partir de reuniões técnicas realizadas entre cirurgiões-dentistas da rede pública que desenvolviam serviços de especialidades odontológicas na antiga DIR V - Osasco, ocorridas no âmbito de seu Comitê de Saúde Bucal no ano de 2004, começa a surgir do próprio grupo a necessidade da ampliação da clínica dentro de seus verdadeiros limites, ou seja, sem um único foco voltado para o esmalte dentário. O ano de 2005 torna-se fundamental quanto ao desenvolvimento de uma capacitação que contemple o que o grupo identificou como interesse. É daí que surgiu como proposta junto ao Observatório de Saúde Bucal Coletiva o Projeto de Curso de Capacitação de Clínica Ampliada de Odonto-estomatologia para Cirurgiões-dentistas do SUS que foi discutido e aprovado pelo Núcleo de Educação Permanente do CEFOR da antiga DIR V - Osasco e pelo Pólo de Educação Permanente do Estado de São Paulo.

O projeto contemplou muitas das idéias contidas na Política Nacional de Educação Permanente, como articulação entre educação e trabalho no SUS; produção de processos e práticas de desenvolvimento nos locais de serviço; mudanças nas práticas de formação e de saúde, tendo em vista a integralidade e humanização; articulação entre ensino, gestão, atenção e participação popular e controle social em saúde e produção de conhecimento para o desenvolvimento da capacidade pedagógica dos serviços e do sistema de saúde.

Metodologia

Foram planejadas para a capacitação duas fases distintas, **concentração** e **dispersão**, que contemplassem pedagogicamente seus objetivos gerais e específicos.

Na fase de concentração, foram propostos processos dinâmicos de ensino-aprendizagem. Isto significa, preliminarmente, a partilha entre os atores envolvidos no que toca à construção desta capacitação. Como definido no projeto, um dos objetivos estratégicos é a construção, na saúde, de coletivos com capacidade para a produção de valores de uso, quer dizer, o bem estar do paciente, tão integralmente quanto possível, nos limites da capacidade instalada ou do conhecimento e tecnologias disponíveis.

Na fase de dispersão, os profissionais voltarão a atuar nos serviços, propondo e negociando com os gestores modificações no processo de trabalho. Nesta fase, serão acompanhados pela equipe do projeto e participarão ativamente de duas avaliações de desempenho e aferição dos resultados.

Para facilitar as questões de monitoramento de resultados propostas neste trabalho, o projeto do curso foi transposto para o modelo lógico, de forma simplificada, pois desta maneira pode haver uma visão detalhada do mesmo, fornecendo subsídios seguros daquilo que realmente deverá ser monitorado ao clarear os resultados esperados. Aqui se procurou monitorar resultados da fase de dispersão, porém para melhor compreensão do curso em sua íntegra, as duas fases (concentração e dispersão) foram demonstradas com suas metas, insumos, atividades, produtos e resultados esperados (Tabelas I e II).

A meta para a fase de concentração foi realizar entre os meses de março, abril e maio (06/05) de

2006, 136 horas-aula através de processos dinâmicos de ensino-aprendizagem desenvolvidos em quatro módulos divididos da seguinte maneira:

a) comunicação - Módulo I (escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade);

b) elaboração - Módulo II e III (análise da escuta e das informações);

c) tomada de decisões - Módulo IV (prioridades, projetos, contratos) arranjos concretos de tempo e lugar, em que o poder esteja em jogo e onde de fato se analisem problemas e se tomem deliberações na construção de novos espaços públicos.

E após período de dispersão de doze meses, onde os profissionais voltarão a atuar nos serviços, propondo e negociando com os gestores modificações no processo de trabalho, monitorá-los através de aplicação de auto-avaliação, verificando sua autopercepção com relação aos objetivos do curso.

Tabela I

Insumos	Atividades	Produtos	Resultados Esperados
Recursos humanos	Realização dos Módulos I, II, III e IV.	Número de profissionais capacitados.	Incremento na competência diagnóstica e terapêutica do cirurgião-dentista que compõe a equipe de saúde.
Recursos materiais	Realização de avaliação parcial durante o curso.		Melhora de qualidade do atendimento, com maior capacidade resolutive e encaminhamento conclusivo da intercorrência.
Recursos financeiros	Realização de avaliação parcial ao final do curso.		Construção ampliada da capacidade de direção entre o conjunto das pessoas de um coletivo e não somente entre sua cúpula. Aumento da capacidade de direção, pela instalação de habilidade e potência para compor consensos, alianças e implantar projetos.

Tabela II

Insumos	Atividades	Produtos	Resultados Esperados
Recursos humanos	Aplicação de auto-avaliação após seis meses do término do curso, apontando realizações, dificuldades, obstáculos e perspectivas de realização profissional.	Número de profissionais avaliados.	Ampliação da capacidade diagnóstico-terapêutica aplicada efetivamente na clínica sob a perspectiva da integralidade
	Aplicação de auto-avaliação após um ano do término do curso, apontando realizações, dificuldades, obstáculos e perspectivas de realização profissional.		Melhorar a integração/comunicação entre a Equipe de Saúde Bucal e demais profissionais das Unidades. Estimular um maior envolvimento entre os vários atores sociais (usuários e outros profissionais de saúde) nas práticas de saúde. Implantação do prontuário único nas Unidades onde o mesmo não exista.

Monitoramento de resultados: um ano depois

Os resultados esperados, elencados na Tabela II, foram monitorados através de auto-avaliação, após um ano do término do curso. Dos 18 profissionais que concluíram o Curso de Clínica Ampliada de Odontostomatologia para Cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde - SUS, somente 11 participaram da aplicação dos questionários para o monitoramento de resultados no dia 16 de maio de 2007 no Instituto de Saúde - SES/SP, ou seja, 61,11% do total.

Mesmo com o convite sendo estendido a todos os participantes a adesão não foi completa. O mesmo problema já havia sido verificado durante a formação, pois a previsão do projeto de formação era de que os participantes seriam 40 pessoas (total de participantes da construção do processo de criação do projeto, tendo estado presentes em todas as tomadas de decisão referentes à proposta do curso) e o que ocorreu na realidade foi a participação efetiva de 18 cirurgiões-dentistas.

Entre as explicações para a não aderência, tanto ao curso quanto a participação na auto-avaliação, tem-se desinteresse de alguns municípios da antiga DIR V de Osasco na participação de seus funcionários neste curso, proporcionando dificuldade na liberação dos profissionais de seus respectivos serviços; além da falta de interesse de alguns participantes devido à carga horária do curso (a liberação no período de trabalho cabia aos serviços, mas a outra metade da carga horária seria por conta do participante).

Para a realização do monitoramento de resultados, foi elaborado pela equipe do projeto Observatório um roteiro que foi apresentado aos participantes presentes, constando das seguintes questões:

- 1) No seu trabalho, o que você faz melhor ou bem feito?
- 2) No seu trabalho, o que você faz pior ou mal feito?
- 3) Correlacione estas duas questões com o curso de formação clínica (tipo "antes e depois").
- 4) O curso de formação em clínica ampliada possibilitou melhor integração/comunicação entre a Equipe de Saúde Bucal (ESB) e os demais profissionais da UBS?
- 5) Na prática, o curso de formação em clínica ampliada possibilitou realizar integralidade como ação ou efeito coletivo?
- 6) Considerando os usuários e os profissionais de saúde como atores sociais, houve percepção e mudança do papel deste atores após o curso de formação em clínica ampliada?
- 7) O curso de formação em clínica ampliada possibilitou mudança na sua prática no ambulatório ou no centro de especialidades?

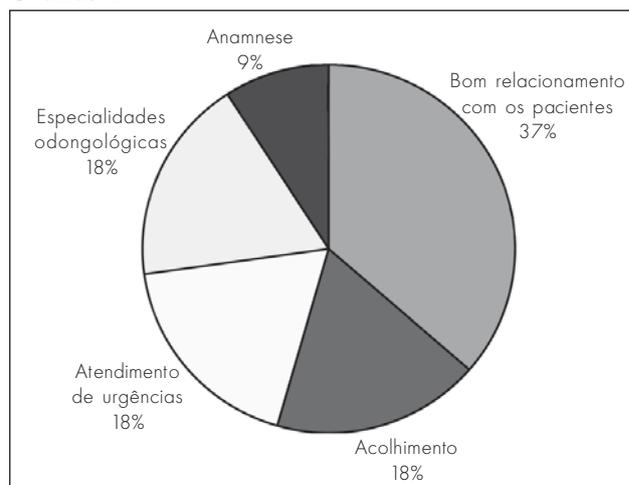
Resultados

A seguir seguem os resultados da atividade de monitoramento, apresentada questão por questão:

- 1) No seu trabalho, o que você faz melhor ou bem feito?

Quanto a esta questão a relação profissional-paciente foi o foco. Dentre 11 auto-avaliações, 4 ressaltaram o bom relacionamento com os pacientes ou seus responsáveis como ponto positivo no desenvolvimento do trabalho. Outras 2 relataram o acolhimento como fator positivo no cotidiano da clínica. Duas pessoas colocaram o atendimento de urgências como a atividade que melhor realizam na clínica odontológica, sendo que endodontia e periodontia também apareceram, juntamente com o atendimento com técnica e eficiência. A anamnese apareceu somente numa das avaliações (Gráfico 1).

Gráfico 1

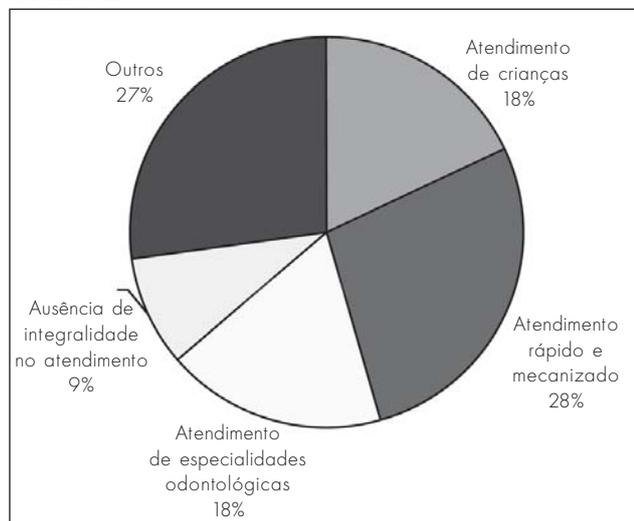
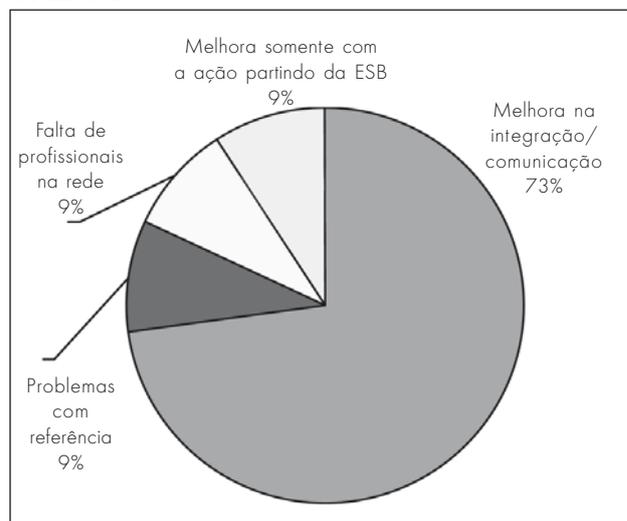
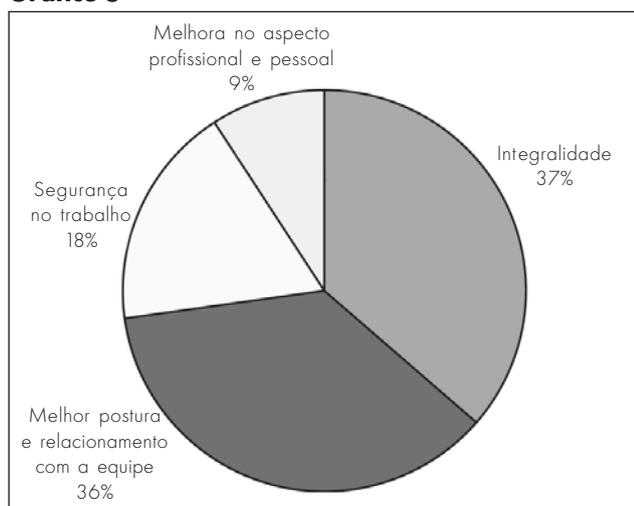


- 2) No seu trabalho, o que você faz pior ou mal feito?

O atendimento de crianças (2), a grande demanda de pacientes que acabam sendo atendidos de maneira rápida e mecanizada (3) e a resolução de casos referentes a algumas especialidades clínicas (prótese, ortodontia, endodontia, problemas de Articulação Temporomandibular), em 2 avaliações, foram as intervenções mais presentes nas avaliações. Ausência de integralidade no atendimento do paciente surgiu em uma única intervenção (Gráfico 2).

- 3) Correlacione estas duas questões com o curso de formação clínica (tipo "antes e depois").

Das 11 avaliações, 4 definiram que após o curso a integralidade pôde ser praticada de maneira mais concreta. Uma melhor postura e um bom relacionamento com a equipe surgiram em 4 questionários, com dois mencionando um aumento da segurança no trabalho e outros dois declarando que o curso proporcionou melhora no aspecto profissional e pessoal (Gráfico 3).

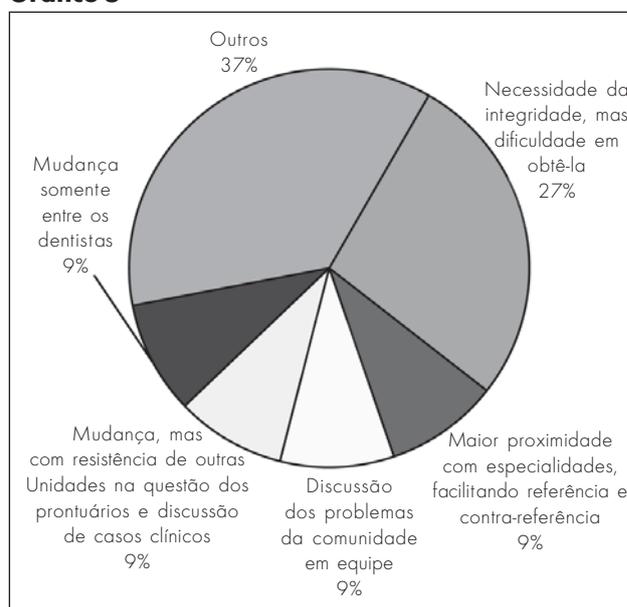
Gráfico 2**Gráfico 4****Gráfico 3**

- 4) O curso de formação em clínica ampliada possibilitou melhor integração/comunicação entre a Equipe de Saúde Bucal (ESB) e os demais profissionais da UBS?

Em 8, dos 11 questionários, houve manifestações positivas em relação à melhora na integração e comunicação com a equipe de saúde das Unidades, porém vale ressaltar intervenções que também surgiram, como a presença de problemas nas questões de encaminhamento quando os pacientes não são da mesma Unidade, a falta de profissionais na rede como dificuldade para realmente haver melhora no aspecto integração/comunicação e o relato de melhora somente quando a ação parte da equipe de saúde bucal (Gráfico 4).

- 5) Na prática, o curso de formação em clínica ampliada possibilitou realizar integralidade como ação ou efeito coletivo?

Dentre as 11 avaliações, 3 delas consideraram a necessidade da integralidade como efeito coletivo, mas também citaram a dificuldade em obtê-la. Outras intervenções surgiram colocando pontos como a maior proximidade com as especialidades, o que auxilia na melhora da referência e contra-referência, a discussão dos problemas da comunidade entre toda a equipe, a presença de uma mudança, mas com resistência de outras Unidades na questão dos prontuários e discussão de casos clínicos ou até uma avaliação que apontou mudanças, mas somente entre os dentistas (Gráfico 5).

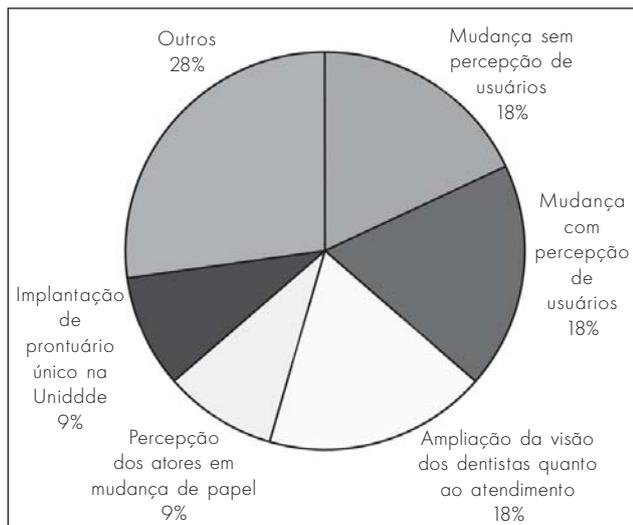
Gráfico 5

- 6) Considerando os usuários e os profissionais de saúde como atores sociais, houve percepção e

mudança do papel destes atores após o curso de formação em clínica ampliada?

Duas intervenções provocaram mudanças positivas nos profissionais, porém sem reflexo na população e na percepção do usuário. Outras duas colocaram que mudanças positivas ocorreram nos profissionais, com a percepção dos usuários. Houve intervenções como a que trazia a percepção dos atores, mas não a mudança de papel, que seria prejudicada pela rotina, juntamente com a grande demanda. Outras duas avaliações que sugeriam uma ampliação da visão dos dentistas sobre o atendimento dos pacientes e uma delas ressaltando que o prontuário na Unidade afinal havia se tornado único (Gráfico 6).

Gráfico 6



7) O curso de formação em clínica ampliada possibilitou mudança na sua prática no ambulatório ou no centro de especialidades?

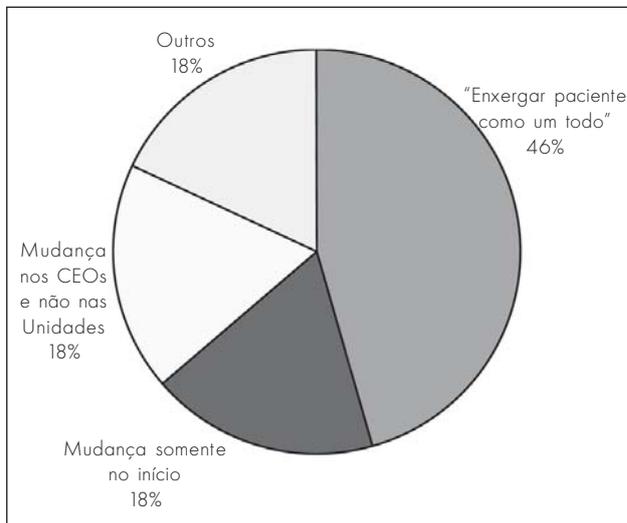
Em 11 avaliações, 5 demonstraram que “enxergar o paciente como um todo” foi a principal mudança na prática após o curso. Duas apontaram uma mudança inicial, porém com o tempo a rotina fez com que a integralidade fosse deixada de lado. Outras duas sugeriram mudanças significativas nos CEOs, mas não nas Unidades (Gráfico 7).

Discussão e Conclusões

Os questionários das auto-avaliações foram coletados e sistematizados e uma discussão sobre eles torna-se válida a partir do que era esperado na fase de dispersão prevista no projeto do curso.

Quanto à ampliação da capacidade diagnóstico-terapêutica aplicada efetivamente na clínica sob a perspectiva da integralidade, pôde-se perceber que

Gráfico 7



aspectos clínicos não apareceram nas avaliações, a não ser quando foi tratado do assunto “o que faço bem e mal feito na clínica”, onde certas especialidades odontológicas surgiram, timidamente, como dificuldades no cotidiano clínico. A questão da integralidade foi lembrada, porém a capacidade diagnóstico-terapêutica não apareceu como mote nestas avaliações em momento algum. Os participantes quando indagados sobre sua clínica comentaram sobre temas como a relação profissional-paciente, acolhimento ou até lembrar que aquilo que faz melhor é “passar” alegria e otimismo ao paciente. Ao partir do pressuposto que é na anamnese que se constitui o caso clínico verificou-se que o assunto foi mencionado uma única vez dentro das sete questões dos onze participantes da auto-avaliação.

No quesito melhorar a integração/comunicação entre a Equipe de Saúde Bucal e os demais profissionais das unidades de saúde, a auto-percepção dos avaliados correspondeu aos resultados esperados, pois oito das onze avaliações relataram melhora entre a Equipe de Saúde Bucal e demais profissionais da Unidade. As outras três avaliações apesar de concordar com a melhora da integração/comunicação trouxeram aspectos como a presença de problemas nas questões de encaminhamento quando os pacientes não são da mesma Unidade, a falta de profissionais na rede como dificuldade para realmente haver melhora no aspecto integração/comunicação e o relato de melhora somente quando a ação parte da Equipe de Saúde Bucal.

Ao se propor estimular um maior envolvimento entre os vários atores sociais (usuários e outros profissionais de saúde) nas práticas de saúde houve duas intervenções que manifestaram mudança positiva nos profissionais, porém sem reflexo na população e na percepção do usuário. Outras duas colocaram que mudanças positivas ocorreram nos profissionais, com a

percepção dos usuários. Houve intervenções como a que trouxe a percepção dos atores, mas não a mudança efetiva de papel, que seria prejudicada pela rotina e pela grande demanda. Outras duas avaliações que sugeriram uma ampliação da visão dos dentistas sobre o atendimento dos pacientes. Os resultados sugerem que não ocorreu, como esperado, um aumento da capacidade de direção entre o conjunto das pessoas do coletivo de tal forma que consensos e alianças fossem compostos.

Finalmente, quanto à implantação do prontuário único nas unidades, onde o mesmo não exista, das sete questões presentes nas auto-avaliações o assunto prontuário único apareceu somente duas vezes: na questão sobre a integralidade como efeito coletivo e em outra, onde a percepção e mudança dos atores são discutidas, sendo que na primeira delas é mencionada a resistência de outras unidades em trabalhar com o prontuário único e somente na segunda é que é comentado que por fim o prontuário tornara-se único naquela unidade. Tal resultado sugere a presença de problemas no gerenciamento do problema na própria unidade, como com a chefia direta, aspecto que poderia ser explicado pela falta de governabilidade sobre o assunto pelos atores avaliados ou até a falta de envolvimento de suas chefias diretas com o assunto.

Agradecimentos

Agradecemos as contribuições de todas as pessoas que passaram pelo Projeto Observatório de Saúde Bucal Coletiva, pois, direta ou indiretamente, foram importantes para a finalização dos trabalhos e, principalmente, para este artigo. Segue um agradecimento especial aos 18 profissionais que concluíram o Curso de Clínica Ampliada.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Brasil Sorridente: Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- BOTAZZO C. (coordenador). **Curso de clínica ampliada de odonto-estomatologia para cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde – SUS, 2005**. Disponível em [<http://www.isaude.sp.gov.br/observatorio/index.htm>]. Acessado em 30 de Novembro de 2007.
- CAMPOS, G W S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.
- HARTZ, Z M A. (Org.). **Avaliação de Saúde. Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise de Implantação de Programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

KELLOGG FOUNDATION. **Logic Model Development Guide: Logic models to bring together planning, evaluation & action**. Battle Creek, MI: W.K. Kellogg Foundation, 2001.

SOUZA, E C F. & BOTAZZO C. **Relatório de Atividade da Oficina Temática “A ampliação da clínica na perspectiva do cuidado integral em saúde”**. XVIII ENATESPO (Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico), 2004.